UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1974 - N° 99

UNE EXPERIENCE DE SEIZE MOIS DANS UN SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE A L'ILE DE LA REUNION

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 10 Avril 1974

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gérard BRUN

né le 3 Mai 1945

à LYON (Rhône)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1974 - N° 99

UNE EXPERIENCE DE SEIZE MOIS DANS UN SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE A L'ILE DE LA REUNION

THÈSE

présentée
à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 10 Avril 1974
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gérard BRUN
né le 3 Mai 1945
à LYON (Rhône)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

Président de l'Université : Professeur BOIDIN
Premier Vice-Président : Professeur TOURAINE

Secrétaire Général par intérim : Monsieur GELIN

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

Médecine : Grange-Blanche - Directeur : Professeur GERMAIN
Alexis Carrel - Directeur : Professeur GIROD
Sud-Ouest - Directeur : Professeur ROBERT
Lyon-Nord - Directeur : Professeur GARIN

Biologie Humaine - Directeur : Professeur CZYBA
Techniques de Réadaptation - Directeur : Docteur MORGON
(Maître de Conférences Agrégé)
Sciences Pharmaceutiques - Directeur : Professeur CARRAZ
Sciences Odontologiques - Directeur : Docteur VINCENT
Institut Régional d'Education Physique et Sportive :
Président d'UER : Professeur GUILLET - Directeur : M. MILLON
Mathématiques - Directeur : Professeur MAURY
Physique - Directeur : Professeur UZAN
Chimie et Biochimie - Directeur : Professeur HUET
Sciences de la Nature - Directeur : Professeur BRUN
Biodynamique et Psychopédagogie : Directeur : M. FONTANGES
(Maître de Conférences Agrégé)
Institut Universitaire de Technologie 1 -
Directeur : Professeur POUYET
Institut Universitaire de Technologie 2 -
Directeur : M. GALLET , Directeur ENSAM

Observatoire - Directeur : Professeur BIGAY

Physique Nucléaire - Directeur : Professeur SARRAZIN

Mécanique - Directeur Professeur MATHIEU

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD

U.E.R. LYON-NORD

Président du Conseil d'Unité : M. le Professeur BERTOYE André

PROFESSEURS TITULAIRES

MM. ALLEGRE G. (1)	Neurochirurgie
BERTOYE A.	Clinique des maladies infectieuses
BONAMOUR G.	Clinique ophtalmologique B
BRETTE R.	Hépato-gastro-entérologie
CHABAL J.	Chirurgie générale
CHATONNET J.	Physiologie B
DESPIERRES C.	Pneumo-phtisiologie
DORCHE J.	Matière médicale et législation Pharmacologie Biochimie
DUMONT M.	Clinique obstétrique
GAILLARD J.	O.R.L.
GARIN J.P. (1)	Parasitologie
GIRARD M.	Médecine interne - Clinique médicale D
GUINET P.	Clinique Endocrinologique
JAUBERT de BEAUJEU	Chirurgie infantile
JEUNE M.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
LARBRE F.	Pédiatrie
LEJEUNE E.	Médecine générale et Thérapeutique
MARION P.	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PONT M.	Cardiologie - Séméiologie médicale
SOUSTELLE J.	Chirurgie générale
TRAEGER J.	Néphrologie

(1) Professeurs à titre personnel

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. BERTRAND J.A.	Chimie Biologique
BETHENOD M.	Pédiatrie
DELAHAYE J.P.	Cardiologie
KALB J.C.	Pneumo-phtisiologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	BANSSILLON V.	Anesthésiologie
	BOURRAT C.	Neurologie
	CHARVET F.	Gynécologie-obstétrique
	COEUR P.	Hémobiologie
	COURJON J.	Neuro-psychiatrie
	DELAYE	Cardiologie
	DUQUESNEL J.	Electro-radiologie
	FREDERICH A.	Pharmacologie
	GOUTELLE A.	Neuro-chirurgie
	HOCHMANN J.	Neuro-psychiatrie
	LAHNECHE B.	Biophysique
	MICHEL C.	Orthopédie - Traumatologie
	MIKAELOFF P.	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	MINAIRE Y.	Physiologie B
Melle	MOREAU N.	Histologie, Embryologie
	MOULIN G.	Dermato-vénéréologie
	de MOURGUES F.	Stomatologie
	NEIDHARDT J.P.	Anatomie et organogénèse
Melle	PINET A.	Electroradiologie
	REBOUD J.P.	Biochimie
	TOURNIAIRE J.	Endocrinologie
	VAUZELLE J.L.	Anatomie Pathologique
	VINCENT P.	Bactériologie
	VEDRINNE J.	Médecine Légale

AGREGE LIBRE

M.	SCHNEPP J.	Orthopédie et traumatologie

=========

Examinateurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur P. MONNET,

Assesseurs : Monsieur le Professeur J. BRUN,
Monsieur le Professeur J.M. ROBERT,
Monsieur le Professeur Agrégé DAVID,
Monsieur le Docteur M. SEMPE,
Maitre de Recherche à l'INSERM.

A MA FEMME,

Avec tout l'amour et la tendresse que j'ai pour elle.

A MES PARENTS,

En témoignage de mon infinie reconnaissance et de toute mon affection.

A MES FRERES ET SOEURS,

A *la mémoire de* MON GRAND-PERE, LE PROFESSEUR ANDRE DUFOURT,

Que sa vie me serve d'exemple.

A MON ONCLE, LE PROFESSEUR JACQUES BRUN,

J'ai eu la joie de participer à la vie de son service. J'ai pu admirer ses qualités humaines et son très grand savoir. Je suis heureux qu'il ait accepté de me juger.

Qu'il reçoive ici le témoignage de mon affection et de ma reconnaissance pour les conseils, l'aide et les soins qu'il m'a apporté ainsi qu'à toute ma famille.

A TOUTE MA FAMILLE ET A CELLE DE MA FEMME,

AU PROFESSEUR JEAN LECUIRE,

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueuse admiration.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur P. MONNET,
Professeur de Clinique Médicale Infantile.

Il nous a accueilli avec beaucoup de bienveillance. Il nous a fait le grand honneur de s'intéresser à notre travail et d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profond respect et le témoignage de notre reconnaissance.

A NOS JUGES,

Monsieur le Professeur J.M. ROBERT
Professeur de Génétique Médicale.

Nous avons pu apprécier ses grandes qualités d'enseignant.

Nous lui sommes profondément reconnaissant de nous faire l'honneur de nous juger, et nous lui demandons de considérer ce travail avec beaucoup de bienveillance.

Monsieur le Professeur Agrégé DAVID

Il a bien voulu siéger dans notre jury.

Nous l'en remercions respectueusement.

Monsieur le Docteur M. SEMPE
Maître de recherche à l'I.N.S.E.R.M.

Nous savons tout l'intérêt qu'il porte à la Protection Maternelle et Infantile, et nous sommes heureux de le compter parmi nos juges.

A NOS MAITRES D'INTERNAT DU CENTRE HOSPITALIER D'ANNECY,

Monsieur le Docteur VINCENT,
Monsieur le Docteur ROMAN,
Monsieur le Docteur DIDIER-LAURENT,
Monsieur le Docteur RONZIER,
Monsieur le Docteur HOULLEMARE,
Monsieur le Docteur RACLE,

Avec toute notre reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué.

A Madame le Docteur LENORMAND
Médecin-administrateur de la P.M.I. de la Réunion,

Avec toute notre admiration pour le travail considérable que le Docteur LENORMAND a effectué.

Au Docteur BAUP qui nous a précédé
à la tête du secteur de Sainte Marie - Sainte Suzanne

En remerciements de tous les conseils qu'il nous a prodigués.

A tous les pédiatres de Saint Denis
et en particulier :

Au Docteur Dominique RABOUILLE
Médecin de l'hôpital d'enfants.

Au Docteur Michel TURQUET
Président de l'Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale.

Pour l'accueil chaleureux qu'ils nous ont toujours réservé.

A TOUS MES CAMARADES VOLONTAIRES A L'AIDE TECHNIQUE,

ET A TOUS MES AMIS DE LA REUNION.

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT ET DE FACULTE.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA REUNION

- Géographie : . Situation
  . Topographie
  . Climats
  . Carte géographique
- Histoire et peuplement
- La démographie
- L'économie
- La société

GEOGRAPHIE

SITUATION DE L'ILE DE LA REUNION

Ile de 2.510 kilomètres carrés de superficie, soit la moitié environ d'un très petit département métropolitain.

La Réunion est située dans le Sud-Ouest de l'Océan Indien entre l'équateur et le Tropique du Capricorne.

21° de latitude Sud, 55°15 de longitude Est ; telles sont ses coordonnées à St Paul où débarquèrent les premiers Français.

Elle est ancrée à 780 kilomètres à l'Est des côtes malgaches et à 200 kilomètres à l'Ouest de l'île Maurice, sa soeur voisine ; 12.000 kilomètres environ la sépare de la Métropole.

La Réunion forme avec l'île Maurice et l'île Rodrigue (600 kilomètres à l'Est) l'archipel des Mascareignes.

TOPOGRAPHIE

Comme la Martinique et la Guadeloupe, la Réunion est une île d'origine volcanique. Mais elle se distingue de ces deux autres Départements d'Outre-Mer par sa jeunesse géologique. L'érosion pourtant très forte sous cette latitude n'a pas encore eu le temps d'aplanir ses reliefs très élevés.

Les récifs et bancs coralliens ne se sont pas encore constitués de façon très importante. Il s'agit d'une véritable montagne de lave émergée des flots.

Ainsi les côtes sont inabordables. Offrant souvent des falaises abruptes, elles sont privées de port naturel. Et ceci, joint à l'absence de plateau continentale, explique la pauvreté et la difficulté de la pêche.

L'île présente 2 massifs montagneux essentiels :

- Le Massif Nord-Ouest limitant les 3 grands cirques (Mafate, Salazie, Cilaos) culmine à 3.069 mètres au Piton des Neiges.

- Le Massif Sud-Est est celui du Piton de la Fournaise, 2.625 mètres (volcan encore en activité, dernière éruption en Juillet-Août 1972).

Entre les deux massifs s'étendent à 1.500 mètres les "plaines" d'altitude : Plaines des Cafres, Plaines des Palmistes.

Le pourtour de l'île est constitué de pentes plus ou moins raides coupées de larges entailles souvent profondes : les "ravines".

Ces pentes, soit tombent directement dans la mer comme les coulées de lave du volcan, soit sont prolongées par une plaine côtière d'origine alluviale de 4 à 6 kilomètres de large.

Ces reliefs diversement tourmentés, cloisonnés, rendent compte de la difficulté des communications, ils sont responsables de la présence de hameaux, de villages véritablement coupés du reste du pays et du monde.

Ces groupements de population, appelés ici "Ilets" vivent totalement refermés sur eux-mêmes et n'ont de contact avec l'extérieur que par l'intermédiaire de l'hélicoptère de la gendarmerie.

Le relief explique enfin la grande diversité de climat et de végétation.

LES CLIMATS

Il faut en effet parler non pas du climat, mais des climats.
Cependant des notions générales se dégagent.
Il existe seulement 2 saisons :

- L'hiver ou saison sèche et tempérée, dure de mai à octobre. C'est la période des alizés.

- L'été, saison chaude et humide s'étale de novembre à avril. Des dépressions tropicales nombreuses se forment à cette époque dans l'Océan Indien et souvent évoluent en cyclone (17 durant la saison 1972-73).
  Ces cyclones au cours de leur voyage peuvent traverser le département. Ils l'ont déjà dévasté de nombreuses fois au cours de son histoire, mais ils ont été toutefois bénéfiques pour le nettoyage des épidémies.

Les *températures*, à peu près identiques au niveau de la mer sur tout le pourtour de l'île, oscillent entre 25° et 32° en Janvier, mois le plus chaud (température maximum 36° en 1971 à St Leu) et 18° à 25° en Août, mois le plus frais.

Cette température modérée toute l'année, associée à une humidité pénible à supporter l'été, l'absence de changements nets de saison, et surtout d'hiver réel, font que cette atmosphère de bonne étuve favorise vraisemblablement la pullulation microbienne, retarde la cicatrisation des plaies et assure le développement de beaucoup de parasites (ankylostomes, anguillules, amibes).

Il faut ajouter l'effet asthéniant et amollissant sur l'organisme d'un été presque perpétuel.

Par contre, *l'ensoleillement* très important explique l'absence presque totale de rachitisme sur le littoral.

A 1.550 mètres d'altitude à la Plaine des Cafres, nous trouvons seulement 12° à 22° en Janvier et 0° à 15° en Août.

Les cirques montagneux et les ravines, véritables failles naturelles, offrent des écarts de températures beaucoup plus grands et un ensoleillement moindre. C'est dans ces régions que l'on rencontrera la pathologie rhino-pharyngée et broncho-pulmonaire la plus importante.

Au point de vue *pluviosité*, la chaîne montagneuse orientée Nord-Ouest Sud-Est partage l'île en deux zones bien distinctes :

- La zone dite "au vent", au Nord-Est reçoit 4 mètres ou plus d'eau annuellement.

- La zone dite "sous le vent" n'a qu'un mètre de pluviométrie pendant le même temps.

Ainsi est conditionnée la répartition des parasites, le pourcentage d'infestation par ankylostomes et anguillules est notablement plus élevé dans les communes "au vent" que dans les communes "sous le vent".

Mais les chiffres cités sont ceux du littoral. En effet, à mesure que l'on s'élève en altitude, si la température et l'ensoleillement diminuent, la hauteur d'eau annuelle augmente pour atteindre 11 mètres à TAKAMAKA.

Les modes de vie et cultures des habitants des "Hauts", cirques, ravines et plaines sont donc très différents.

Sur 80 kilomètres de long et 50 kilomètres de large, la Réunion offre une diversité de paysages et une densité de contraste nulle part égalées dans le monde.

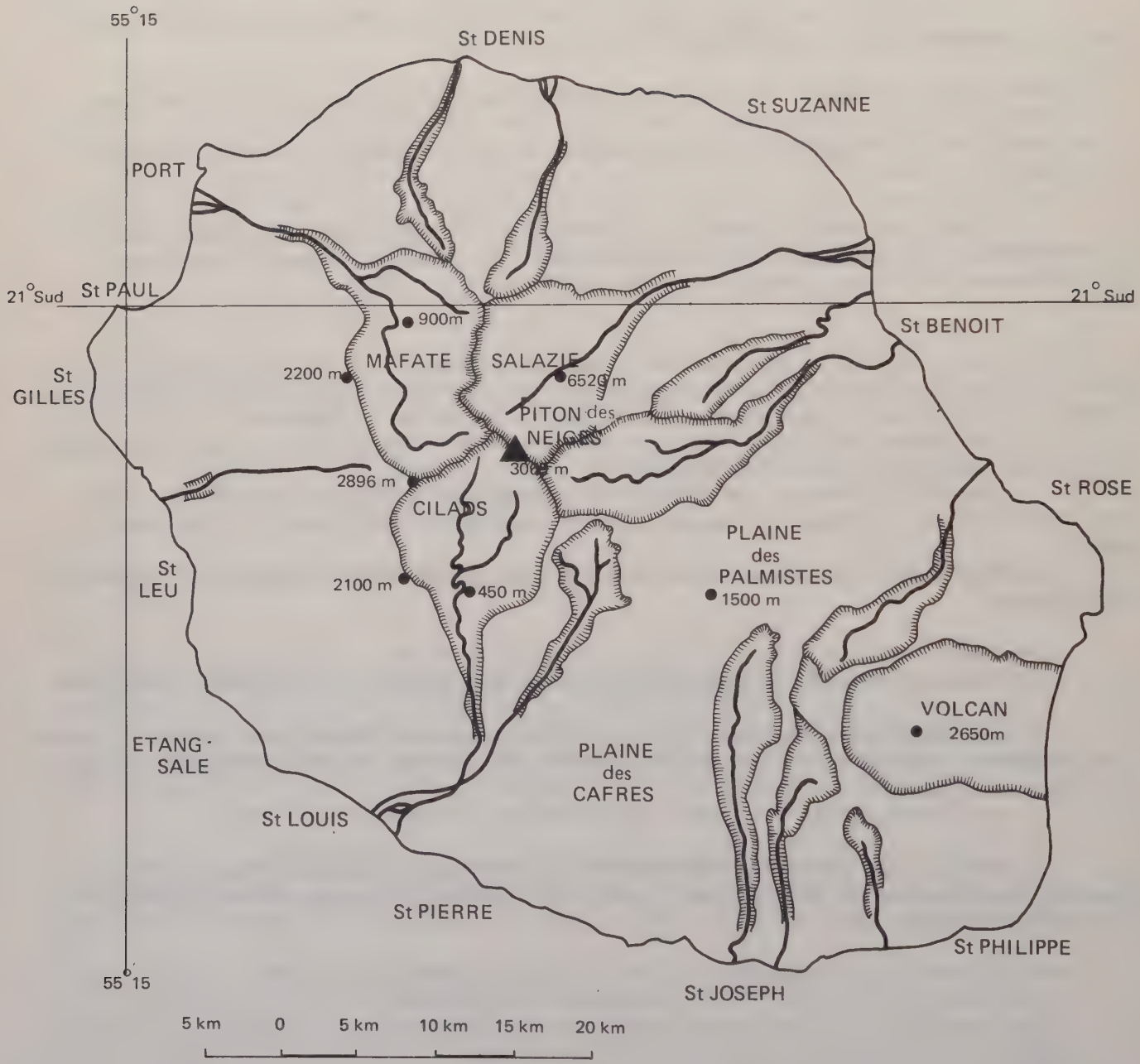
Une heure de route suffit pour passer de la gelée blanche aux torpeurs tropicales.

Tout un dégradé de *végétation* couvre les pentes de ce massif volcanique :

Au désert caillouteux de la haute montagne succèdent les landes d'ajoncs, les calumets, les bambous, les plantations de conifères, puis de feuillus et les cultures de géranium.

La forêt tropicale quasi impénétrable est plus bas située.

Enfin, sur les dernières pentes qui précèdent les frondaisons exotiques et luxuriantes du bord de mer, ondule à l'infini la nappe mauve des cannes à sucre en fleurs.


55°15
St DENIS
St SUZANNE
PORT
21°Sud
St PAUL
21° Sud
St BENOIT
900m
MAFATE
SALAZIE
2200 m
6526 m
St GILLES
PITON des NEIGES
3069 m
2896 m
CILAOS
St ROSE
PLAINE des PALMISTES
1500 m
St LEU
2100 m
450 m
VOLCAN
2650m
ETANG-SALE
PLAINE des CAFRES
St LOUIS
St PIERRE
St PHILIPPE
St JOSEPH
55°15
5 km 0 5 km 10 km 15 km 20 km

HISTOIRE ET PEUPLEMENT

La connaissance de l'histoire et ainsi du peuplement de ce département si différent de la Métropole n'est pas inutile. En effet, elle permet de bien comprendre les structures sociales, familiales, les mentalités et les habitudes des habitants ; démarche qui est indispensable et préliminaire à toute médecine sociale.

Placée sur la longue route de l'océan conduisant aux Indes fabuleuses, la Réunion est encore au milieu du XVIIème siècle, à l'aube du sixième jour, c'est-à-dire vide d'habitants.

Les Portugais sont les premiers européens à la découvrir. Pedro de MASCARENHAS est à l'origine du premier nom : Ile de Mascareignes ou encore Mascarin. Mais, sans doute, les navigateurs arabes la connaissaient déjà.

DE PRONIS, travaillant pour le compte de la Compagnie de l'Orient, en prend possession au nom du Roi de France en 1642. Il exila en 1646, dans cette île déserte, 12 mutins de FORT-DAUPHIN. Mais ces hommes, au lieu de périr selon le destin qu'on leur avait réservé, furent retrouvés trois ans plus tard tous en parfaite santé et ramenés en France.

Ainsi nacquit l'idée du peuplement de cette terre si riche en bienfaits. Les maladies rencontrées à MADAGASCAR, ici n'existaient pas. Les animaux sauvages étaient absents. Seuls vivaient des tortues de mer et de grands oiseaux à la chair délicieuse qui se laissaient attraper facilement par l'homme.

Il fallut cependant attendre 1665 pour que la Compagnie des Indes Orientales installe les premiers habitants dans ce territoire nommé alors "Bourbon".

Il y eut tout d'abord des hommes originaires d'un peu toutes les régions de France, mais aussi des Malgaches.

Certains purent épouser les quelques rares femmes malgaches et indiennes amenées par les navires de passage.

A l'abandon du comptoir de FORT-DAUPHIN en 1674, les rescapés des massacres vinrent se réfugier dans ce havre de paix. La plupart des Français étaient déjà mariés à des femmes de la grande île.

Ainsi apparurent les premiers indigènes, les natifs de l'île ou Créoles.

Mais face au mécontentement de ceux restés célibataires, le roi de France dut envoyer des convois de filles à marier.

Des vagues successives d'immigrants vinrent rapidement augmenter la population d'origine française.

Le hasard des courses, les naufrages, amena aussi quelques Hollandais, Portugais, Anglais, pour un grand nombre pirates et forbans.

Mais dans l'ensemble, le peuplement va suivre les fortunes diverses de l'agriculture réunionnaise.

Après une période de cultures vivrières, à partir de 1715, la Réunion va devenir productrice et exportatrice de café.

Par des déportations massives d'esclaves, Africains (venant du Mozambique surtout) et Malgaches, le développement de cette culture est assuré.

L'accroissement de la population prend alors un rythme accéléré et passe de 19.000 personnes en 1763 à 35.000 personnes en 1777, 46.000 en 1788 et 67.000 en 1800.

La traite est devenue en 1733 une institution de base.

Les Indes ayant été abandonnées aux Anglais par le traité de Paris en 1763, la Compagnie des Indes Orientales entre en liquidation et en 1767 Bourbon est rétrocédée à l'administration royale.

Sous la Révolution, la Convention, dans un élan généreux, vote l'abolition de l'esclavage en 1794.

Mais l'éloignement n'est guère propice à la contagion des idées, et le mouvement révolutionnaire n'atteindra guère d'ampleur à Bourbon qui reçoit alors le nom abstrait de Réunion.

Bonaparte, le traitre à la Révolution et à la démocratie, devenu dictateur, rétablit officiellement un esclavage qui en réalité n'a jamais été supprimé.

Les esclaves, surtout ceux d'origine malgache, se révoltent de leurs conditions misérables. Beaucoup s'enfuient et se réfugient dans la montagne, dans les cirques inaccessibles.

Ce sont les noirs "marrons" que pourchassent impitoyablement la troupe et les propriétaires blancs.

Les descendants de ces "Marrons" vivent encore aujourd'hui dans le cirque de Mafate et dans d'autres coins retirés de l'île.

Au cours des guerres et défaites napoléoniennes, l'Angleterre s'empare de toutes les îles de l'Océan Indien. Seule la Réunion est restituée à la France au Traité de Paris en 1815.

Pendant les cinq ans d'occupation anglaise, a démarré la culture de la canne à sucre qui va bientôt supplanter celle du café et des épices.

La traite est de plus en plus difficile ; condamnée par le roi Louis XVIII, interdite par les Anglais, elle se poursuit cependant frauduleusement pour disparaître pratiquement en 1835.

Numériquement la population passe de 67.000 personnes en 1800 à 102.000 en 1830 mais n'atteint pas 106.000 personnes en 1848.

Le 20 décembre 1848, l'esclavage est enfin solennellement aboli et 60.629 esclaves sont déclarés libres.

Beaucoup de blancs ne vivaient alors que du revenu de leurs seuls esclaves qu'ils louaient aux gros propriétaires terriens. Ils ne possédaient plus de sol. La patrimoine foncier de leur famille avait progressivement disparu du fait des partages successifs entre de nombreux enfants.

Par contre, les esclaves se reproduisant au même rythme que les maîtres représentaient un capital en continuelle réévaluation.

La disparition de ce système économique va consacrer la ruine de ces blancs.

Ce sont les "petits blancs" qui, refusant de travailler comme les noirs dans les plantations des "gros", ont fui les plaines et se sont réfugiés sur les hauteurs ou dans les cirques comme celui de Cilaos.

Le système d'affranchissement, la difficulté de la traite, le déclin et enfin l'abolition de l'esclavage vont amener les planteurs à se tourner vers d'autres réservoirs de main-d'oeuvre.

Des travailleurs volontaires vont être recrutés principalement aux Indes. Un accord franco-anglais en 1860 organise cette nouvelle immigration.

Le peuplement indien est réalisé à une grande échelle au rythme de 5.000 hommes par an, ce qui est fantastique pour l'époque et la petitesse du pays.

En 25 ans, 120.000 indiens déferlent sur l'île.

Tous ces "engagés" sont originaires du Sud-Est de la péninsule indienne. Ce sont les Tamouls, leur langue fait partie du groupe Dravidien. Les Créoles peu géographes vont les appeler Malabars ou Malbars.

Toutes cette populations déplacée reste souvent sur place et contribue à un accroissement considérable des habitants.

De 103.000 habitants en 1848, la population passe à 200.000 en 1867.

L'apparition du "Borer", parasite de la canne, marque le début d'une série de catastrophes : la production locale baisse de moitié, la cours du marché mondial simultanément s'effondre, le percement du canal de Suez supprime la position privilégiée de l'île.

L'expansion coloniale française relègue le minuscule territoire de la Réunion au dernier rang. Paris a d'autres ambitions et ne s'intéresse plus à ce petit coin de terre.

L'Angleterre interdit en 1881 l'immigration indienne.

Les épidémies, le paludisme, l'exode ramènent la population au chiffre de 173.192 habitants en 1921.

La situation économique alors s'améliore, le sucre se vend mieux. La culture des plantes à parfums : géraniums, vétyver, Ylang-Ylang se développent.

Une nouvelle immigration se poursuit : Chinois venant de la région de Canton, Indiens musulmans originaires du Gudjerat et dénommés "Z'arabes".

On fait appel aussi à des Rodriguais, Seychellois, Mauriciens, Somalis.

Au lendemain de la dernière guerre, la Réunion est misérable. Privée pendant quatre ans de relations maritimes, elle a dû arracher une partie de ses cannes à sucre pour faire place aux cultures vivrières.

En 1946, comme les Antilles et l'Algérie, elle est promue par la loi du 19 mars de Colonie au Statut de Département.

Sa population est alors de 225.000 habitants.

Ce pays, au sol volcanique, fertile, à l'eau en abondance, véritable paradis terrestre aux dires de premiers Robinsons, est atteint aujourd'hui de sous-développement et de surpopulation.

La responsabilité historique de notre nation est entière. La Réunion, exceptée une courte période de 5 ans, a toujours été une terre française.

Il existait sur cette île déserte un équilibre biologique qui a été rompu par les premiers colons.

Certaines plantes étrangères, introduites par l'homme, ont rapidement pris une extension considérable et ont ravagé la flore locale.

Le peuplement massif et totalement inconsidéré est à l'origine de la destruction et de l'épuisement rapide des ressources naturelles.

La chasse a fait disparaître des animaux uniques au monde. Des forêts entières ont été abattues, aggravant ainsi l'érosion.

La liste des erreurs commises est longue.

Depuis la départementalisation, un immense effort de reconstruction a été entrepris grâce à la solidarité nationale.

La lutte contre les grandes endémies a été la priorité de la politique sanitaire. Les campagnes contre le paludisme commencées en 1947 ont entraîné son éradication totale dès 1951. Mais il reste encore beaucoup à faire.

LA DEMOGRAPHIE

Toute véritable politique de protection sanitaire et sociale doit être établie, en fonction d'une situation démographique donnée.

Lorsque l'île devient département français en 1946, sa population est de 225.000 habitants.
En 1971, elle est de 425.000 habitants.
La population a donc doublé en 25 ans.

Il s'agit, contrairement au passé, d'un *accroissement naturel*. En effet, depuis 1946, le solde migratoire est négatif. Le nombre des émigrants est chaque année supérieur au nombre des immigrants.

ANNEES	ENTREES	SORTIES	SOLDE
1968	31.837	32.779	- 942
1969	37.884	38.189	- 305
1970	47.946	49.206	- 1.260
1971	58.068	60.345	- 2.277

L'afflux de Français de Madagascar et de fonctionnaires métropolitains ne sont pas suffisants pour compenser la fuite des Réunionnais vers la métropole.
Cette émigration organisée par le B.U.M.I.D.O.M. (Bureau des migrations des départements d'outre-mer) à partir de 1956, n'est pas, cependant, aussi importante que le souhaite notre gouvernement.

Seule une très forte natalité, et une mortalité en baisse continuelle, sont responsables de cette explosion démographique.

1°) LA NATALITE

Jusqu'en 1966, le taux brut de natalité reste supérieur à 40 ‰. C'est l'un des plus élevé du monde.

En 1961, il est de 43,7 ‰ contre 18,3 ‰ en métropole,
42 ‰ en Chine,
48 ‰ au Vénézuela.

Depuis 1953, ce taux décroît continuellement. Les écarts entre les années, d'abord faibles, deviennent importants à partir de 1966.

La création d'un organisme d'Orientation Familiale en Juin 1966, la propagande à la radio, sur les routes, dans les édifices publics, pour un espacement et une limitation des naissances, ont sans doute favorisé cette tendance.

Des consultations spécialisées sont données dans les principales villes de l'île. Les soins et médicaments sont entièrement gratuits. Enfin, les méthodes anticonceptionnelles les plus simples, mais souvent les plus néfastes, sont le plus couramment prescrites (stérilet, injections trimestrielles de progestatif-retard).

En 1971, on assiste à une recrudescence de la natalité : 31,7 ‰ contre 16 ‰ en métropole.

Ce phénomène paraît secondaire à une réaction de rejet tardive, à un certain échec de la politique de limitation des naissances.

Une publicité un peu tapageuse, mais surtout trop choquante, pas assez éducative, est en partie à l'origine de l'attitude d'opposition de la part des hommes.

De grands panneaux, le long des routes, représentent une mère de famille épuisée, enceinte. Elle porte dans ses bras un bébé et est accompagnée par une ribambelle d'enfants de taille croissante. L'inscription "ASSEZ", en très gros caractères, surmonte ce dessin.

EVOLUTION ANNUELLE DU NOMBRE DE NAISSANCES

Moyenne 1963-1967	16.546
Année 1968	15.857
Année 1969	15.154
Année 1970	13.437
Année 1971	14.432
Année 1972	13.740

2°) LA MORTALITE

Le taux de mortalité est en continuelle régression. Il tend à se stabiliser à un niveau d'ordre européen : 7,7 ‰ en 1971 contre 10,8 ‰ en métropole.

Ce chiffre aussi bas, inférieur au taux métropolitain, s'explique par la *jeunesse de la population réunionnaise*.

50 % des Réunionnais ont moins de 15 ans.

La proportion des vieillards est faible : 4 % seulement ont plus de 65 ans contre 13 % en métropole.

La population dite active, c'est-à-dire en âge de travailler, est très faible : 39 % a de 20 à 59 ans.

La répartition de la population réunionnaise donne à la pyramide des âges un aspect très élargi à la base, caractéristique d'une population jeune.

Jusqu'en 1967, le pourcentage de la population active par rapport à l'ensemble de la population a été en continuelle diminution, au profit d'une jeunesse croissante.

GROUPE D'AGE	1946	1954	1961	1967
0 à 19 ans	49,4	52,1	54,4	55,8 %
20 à 44 ans	35,4	32,9	30,6	29,9 %
45 à 64 ans	12,6	11,9	11,6	11,5 %
65 et plus	2,6	3,3	3,4	3,2 %
Ensemble	100	100	100	100 %

La départementalisation a sans doute eu une influence considérable sur les facteurs démographiques. L'apparition des lois sociales, l'introduction de l'A.M.G., la création d'hôpitaux, l'organisation de la P.M.I., sont à l'origine de cette chute constante de la mortalité.

L'espérance de vie d'un Créole, à la naissance, est cependant encore de 14 ans inférieure à celle d'un métropolitain.

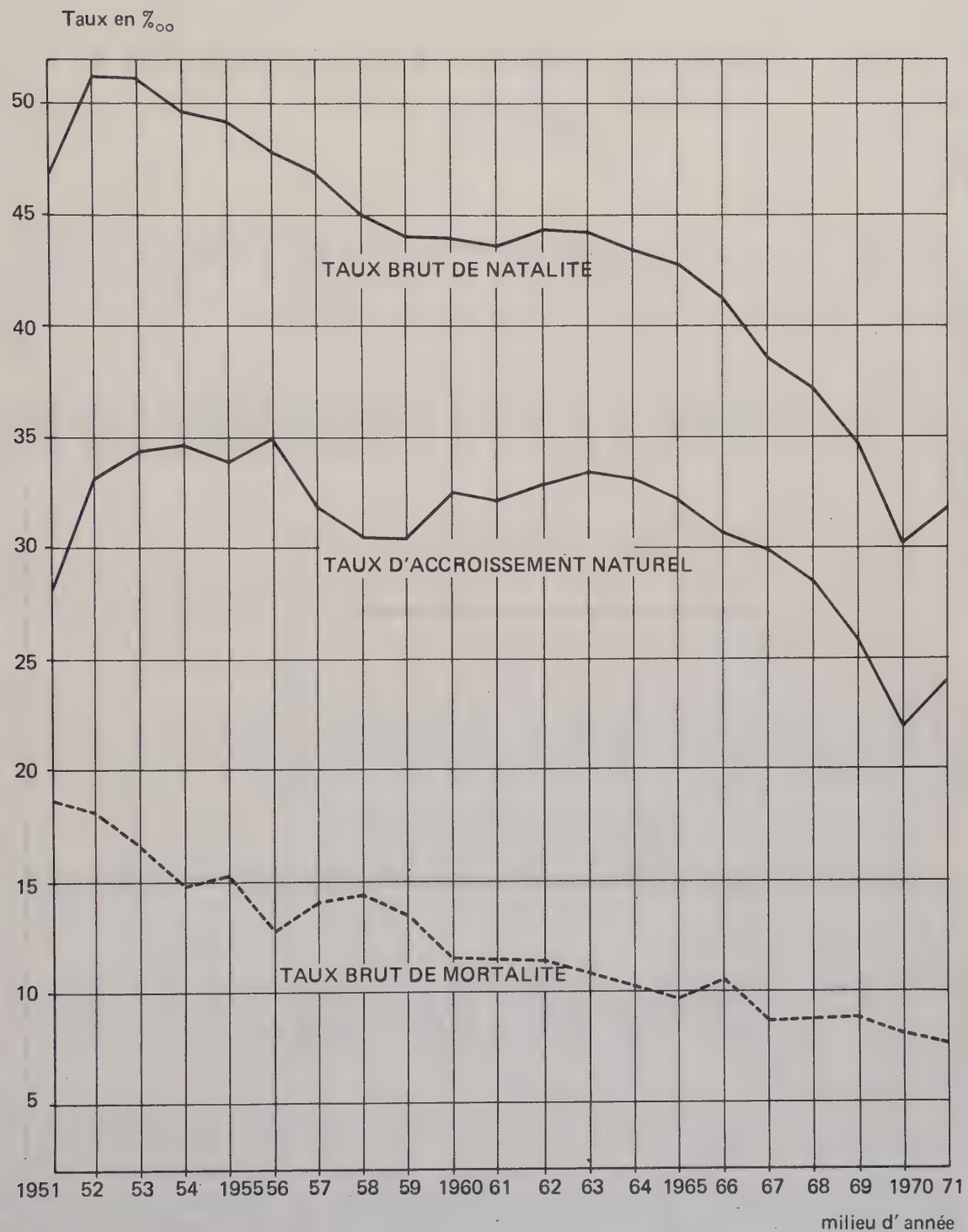
Réunion		Métropole	
Homme	Femme	Homme	Femme
54	61	68	74 ans

3°) L'ACCROISSEMENT NATUREL

Pour l'ensemble de la période quinquennale 1963-1967, le taux d'accroissement naturel observé est de 32,4 ‰ contre 25,0 ‰ en Martinique. Si les conditions de fécondité et de mortalité connues en 1963-1967 restaient constantes, la population réunionnaise devrait, en l'absence de mouvements migratoires, doubler en vingt ans et se multiplier par 27 environ en un siècle.

La densité de la population est de 180 habitants au km^2 contre 85 en métropole, mais elle atteint 300 dans la plaine côtière. Il y a 4,5 habitants par hectare cultivable contre 1,2 en France. La densité de population ramenée au km^2 de surface cultivée approche 600 par endroits, indice d'une surpopulation certaine dès à présent.

L'effondrement démographique de la France au lendemain de la dernière guerre est en partie à l'origine de la création du service de la P.M.I., de l'encouragement à la natalité et des lois de protection de la mère et de l'enfant. Les préoccupations démographiques de la métropole et de la Réunion sont totalement opposées. Malheureusement, la législation dans ces deux territoires français est identique.



REUNION - EVOLUTION DES TAUX DEMOGRAPHIQUES DEPUIS 1951.

TAUX DEMOGRAPHIQUES BRUTS

EVOLUTION DES TAUX BRUTS FONDAMENTAUX A LA REUNION DEPUIS 1951

Année	Taux brut de natalité p. 1.000	Taux brut de mortalité p. 1.000	Taux d'accroissement naturel p. 1.000	Taux de mortalité infantile rectifié p. 1.000
1951	46,6	18,6	28,0	164
1952	51,3	18,1	33,2	158
1953	51,2	16,7	34,5	117
1954	49,6	14,8	34,8	109
1955	49,2	15,3	33,9	118
1956	47,7	12,7	35,0	95
1957	46,9	14,1	32,8	105
1958	44,9	14,4	30,5	125
1959	44,0	13,5	30,5	114
1960	44,0	11,5	32,5	91
1961	43,7	11,5	32,2	95
1962	44,4	11,5	32,9	94
1963	44,4	10,9	33,5	79
1964	43,6	10,3	33,2	82
1965	42,9	9,7	32,2	88
1966	41,4	10,6	30,7	76
1967	38,6	8,7	29,9	63
1968	37,3	8,8	28,5	72
1969	34,8	8,9	25,9	63
1970	30,2	8,2	21,9	55
1971	31,7	7,7	24,0	47

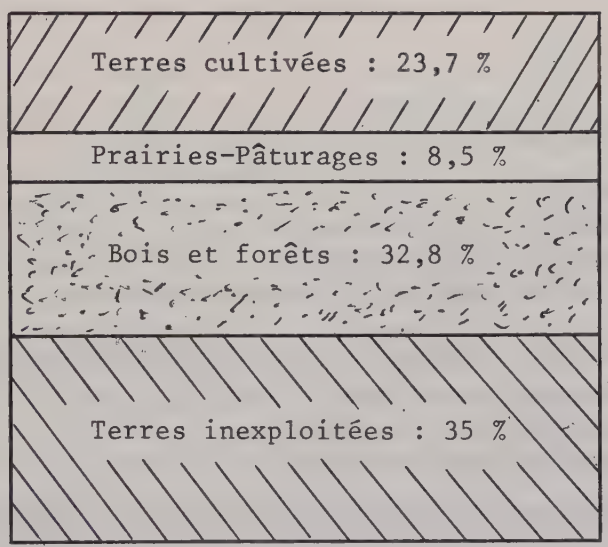
Le graphique montre l'évolution des différents taux au cours des vingt dernières années. Jusqu'en 1966, le taux brut de natalité a été supérieur à 40 ‰. Il décroît fortement les trois dernières années. Jusqu'en 1966, le taux de mortalité a décru fortement pour se stabiliser ensuite à un niveau de

L'ECONOMIE

L'économie de ce département est caractéristique d'un pays dit en voie de développement. Il s'agit d'une économie essentiellement agricole, orientée vers la production de matières premières tropicales, destinées à l'exportation.

Si les industries sont pratiquement inexistantes, les terres cultivables sont cependant peu nombreuses en raison du relief particulièrement montagneux et du sol caillouteux.

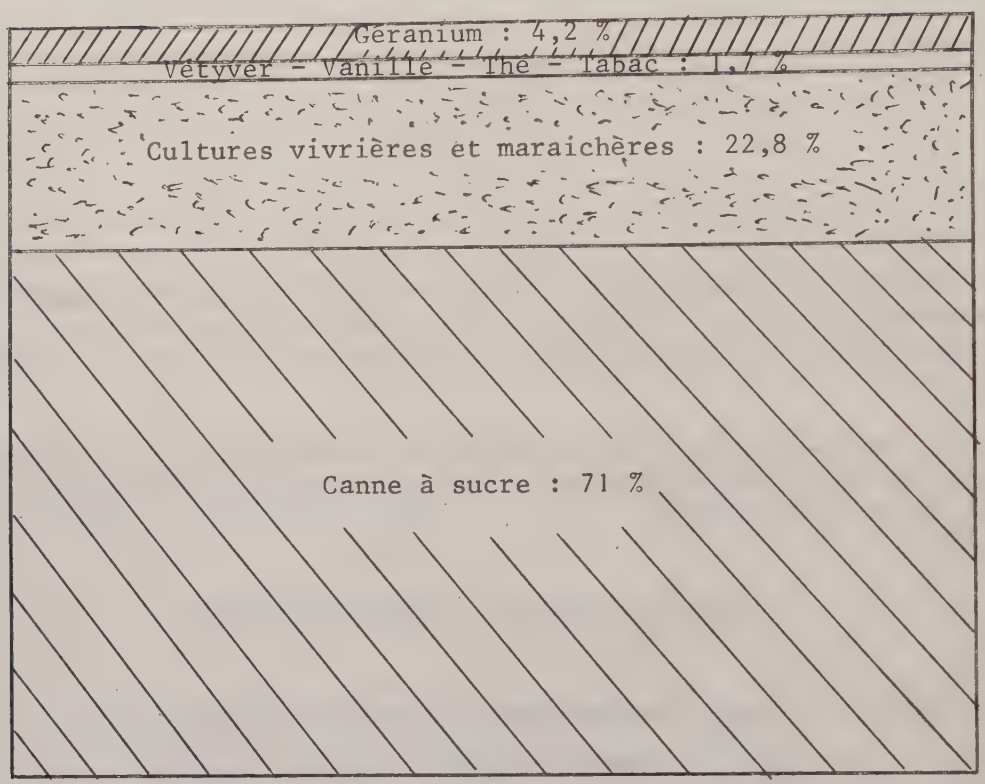
Superficie et répartition des terres



La surface cultivée est très faible par rapport à l'étendue globale de l'île, et surtout à sa densité de population (180 habitants au km^2; ce qui correspond à 600 habitants par km^2 de surface cultivée).

La canne à sucre représente la principale production. Il s'agit véritablement d'une monoculture.

Utilisation des terres arables



La canne à sucre occupe :

71 % des terres cultivées
70 % des exploitations agricoles
43 % de la population active
73 % de la population active lors de la coupe

Les produits de la canne (sucre, rhum, mélasse, bagasse) constituent :

71 % des valeurs ajoutées pour l'agriculture
99 % des exportations en poids
88 % des exportations en valeur.

Tous ces chiffres traduisent l'importance et la nette prédominance de cette culture.

La canne offre peu de difficultés de plantation, d'entretien et de récolte. Sa culture n'est pas soumise à des impératifs d'assolement. Cette plante enfin résiste bien aux pluies tropicales et aux cyclones.

Les plantes à parfum : géranium et vétyver sont actuellement fortement concurrencées par les pays méditerranéens (Egypte, Maroc). La canne à sucre et ses dérivés constituent les ressources essentielles de la Réunion.

Campagne 1971-72	Cannes	Sucre	Rhum
	1.705.224 tonnes	186.180 tonnes	77.700 Hectolitres

Ce département exporte à peu près tout ce qu'il produit, et importe pour ainsi dire tout ce qu'il consomme. Il est dans une situation de dépendance économique totale vis-à-vis du marché international, de la métropole, et du marché commun.

La balance des échanges est fortement déficitaire. La couverture des importations par les exportations est particulièrement réduite.

Importations : ..... 47.126 millions de F CFA

Exportations : ..... 12.092 " " " "

Taux de couverture : .... 25,6 % durant l'année 1971.

Les structures foncières de l'île sont caractérisées par la juxtaposition de grands domaines appartenant à de gros propriétaires ou à des sociétés, et la présence d'une multitude de très petites exploitations. Il n'y a pas de place pour les plantations de taille moyenne.

Ainsi, les plantations les plus nombreuses (41 %) sont celles qui ont moins de un hectare. Toutes ensemble réunies, elles ne disposent que de 7,1 % de la surface agricole utile totale.

69,4 % des exploitations ont entre 114 et 2 hectares et n'occupent pas le cinquième (19,7 %) de la surface agricole utile totale.

Les exploitations de 114 à 5 hectares regroupent 92,3 % des plantations. C'est l'immense majorité. Mais elles ne possèdent seulement que 41,1 % de la S A U.

A l'autre extrêmité de l'échelle, les domaines de plus de 50 hectares qui ne représentent que 0,4 % de l'ensemble, disposent par contre de 36,9 % de la S A U.

150 gros planteurs ont plus de terre que 15.200 petits (21.400 ha contre 21.040 ha).

Il est aisé de comprendre la misère des petits agriculteurs. Leur lopin de terre ne peut leur apporter que de maigres revenus.

La situation de ces paysans nous apparait encore plus précaire quand nous savons qu'un très grand nombre d'entre eux ne sont pas propriétaires des pauvres terres qu'ils cultivent.

Dans les grands domaines alternent en effet, des zones de faire-valoir direct et des micro-plantations en colonage. Les colons ne possèdent rien. Ils partagent leur récolte avec le propriétaire dont ils dépendent totalement. Lorsque, pour des raisons techniques, économiques et autres, ils sont renvoyés, ils perdent non seulement leurs ressources, mais encore leur logement. Cela pose des problèmes sociaux très graves.

STRUCTURES AGRICOLES

REPARTITION DES EXPLOITATIONS D'AU MOINS 0,25 HECTARES D'APRES LA TAILLE

D'après le recensement général de l'agriculture avril 70-avril 71

Taille S A U (en ha)	%		% cumulé	
	Exploi-tations	S A U	Exploi-tations	S A U
1/4 à inf à 1	41,0	7,1	41,0	7,1
1 à " " 2	28,4	12,6	69,4	19,7
2 " " " 3	13,1	10,1	82,5	29,8
3 " " " 5	9,8	11,3	92,2	41,1
5 " " " 10	5,4	11,4	97,7	52,5
10 " " " 20	1,4	5,7	99,1	58,2
20 " " " 50	0,5	4,9	99,6	63,1
50 et plus	0,4	36,9	100	100
Ensemble	100	100	100	100

Nombre d'exploitations : 16.487

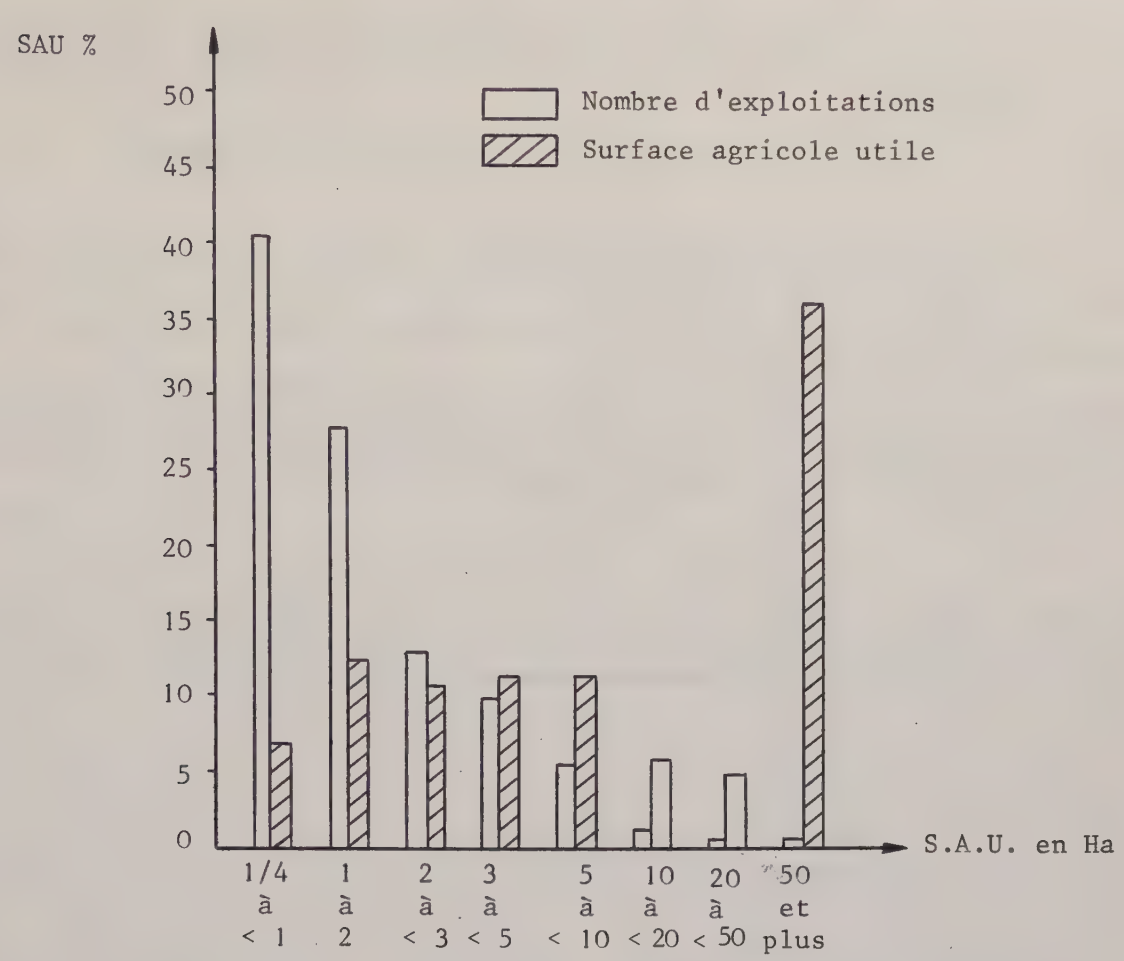
S A U totale d'au moins 0,25 ha : 51.194

S A U moyenne par exploitation en ha : 3,1

S A U signifie : Surface Agricole Utile.

Exploitation signifie : unité de production et n'implique pas la propriété du sol de la part de celui qui cultive.

REPARTITION DES EXPLOITATIONS D'AU MOINS 0,25 HA D'APRES LA TAILLE



LES MODES DE FAIRE-VALOIR DOMINANT

D'après le recensement général de l'agriculture Avril 70-Avril 71

Mode de faire-valoir dominant	Exploitations d'au moins 1/4 ha		S A U		S A U
	Nombre	%	ha	%	Moyenne par exploitation (ha)
Faire-valoir direct	7.006	42,5	33.834	66,1	4,8
Fermage	698	4,2	1.587	3,1	2,3
Colonage	8.783	53,3	15.773	30,8	1,8
TOTAL	16.487	100	51.194	100	3,1

Colonat : la terre est exploitée par une personne autre que le propriétaire et le montant de la redevance est fixé à l'avance comme étant le partage des fruits.

Fermage : le montant de la redevance est indépendant de la récolte.

53,3 % des exploitations sont mises en valeur par des colons. Leur superficie moyenne est de 1,8 hectare.

Les biens de production et les quelques richesses du pays sont aux mains d'un petit groupe de privilégiés.

Sur 27.000 personnes exerçant leur activité dans l'agriculture, 13.000 seulement sont propriétaires de la terre qu'ils cultivent. Les autres (51,8 %) n'ont aucune sécurité d'emploi et des revenus misérables. Les journaliers ont un salaire mensuel qui ne dépasse pas 14.000 F CFA.

Ces paysans fuient cette terre qui ne leur permet plus de vivre. Ils se pressent vers les villes à la recherche d'emplois hypothétiques. Beaucoup d'exploitations agricoles aujourd'hui sont en friche. Les productions de la terre reculent chaque année. La situation économique se dégrade.

LA SOCIETE

300 ans de passé colonial, dont 200 ans d'esclavage pèsent encore lourdement sur la société réunionnaise.

L'installation lente de la nouvelle administration départementale, l'application progressive des lois sociales établies pour la Métropole, n'ont pas réussi jusqu'ici à changer les structures de la société et les mentalités.

Les *"gros colons"* blancs (propriétaires des grandes plantations de cannes, des sucreries et des principales entreprises industrielles et commerciales) particulièrement riches, recherchent toujours avec ardeur la main d'oeuvre au pris le plus bas et profitent pleinement du chômage. Ils n'ont toujours pas compris que progrès social est synonyme de progrès économique. Ils sont imbus de préjugés raciaux. Beaucoup ne déclarent pas leurs ouvriers.

Dans un grand nombre d'entreprises aussi, les ouvriers qualifiés, conducteurs d'engins par exemple sont déclarés comme manoeuvres et payés comme tels.

Enfin une main-d'oeuvre étrangère est employée illégalement. En raison du niveau de vie très bas de leur pays, des Mauriciens, des Comoriens n'hésitent pas à faire certains travaux pour des salaires dérisoires. Des amendes plus fortes sembleraient nécessaires pour lutter contre de tels abus.

Ces gros propriétaires ont su parfaitement s'intégrer et s'adapter aux nouvelles institutions. Ils sont souvent responsables politiques, maires ou conseillers généraux.

Beaucoup de médecins et pharmaciens appartiennent à ces grandes familles créoles.

Les deux minorités ethniques : Les "Z'arabes" et les Chinois tirent des revenus substanciels du commerce et représentent une classe aisée.

Ces deux communautés sont très structurées.

Dans chacune d'elles existe une importante entr'aide, cohésion parmi les membres. Les familles sont unies et les enfants se développent harmonieusement. Les mères ont rarement besoin de nos conseils et de nos soins.

Les Chinois (25.000 environ) tiennent le monopole du commerce de l'alimentation et de l'épicerie, et sont disséminés dans tout le département. Ils sont très dynamiques, ouverts et ils occupent aussi progressivement les professions libérales.

S'ils gardent beaucoup de leurs coutumes, parlent pour un grand nombre le Cantonnais, la plupart sont catholiques.

Les "Z'arabes" (15.000), tous musulmans, forment un groupe plus fermé. Certains portent toujours le costume traditionnel et connaissent la langue Goudjérati. Beaucoup parlent encore l'Urdu. Ils possèdent les grands commerces de l'habillement et de la quincaillerie.

Les fonctionnaires et leurs familles représentent une autre classe privilégiée.

Leurs salaires particulièrement élevés, libellés en Francs C.F.A., sont à l'origine d'une hausse manifeste des prix et d'un accroissement des disparités sociales.

Les Métropolitains (20.000 environ) ne sont guère aimés et appréciés des Réunionnais ; ils sont appelés de façon péjorative "Z'oreilles" car, sans doute, ne comprenant pas le patois créole, ils tendent l'oreille.

L'argent et le Franc C.F.A. en particulier, semblent souvent la principale motivation de leur exil.

Certains se croient en pays conquis et se moquent des problèmes de leurs concitoyens. Dans cette zone fiscale privilégiée, ils ne pensent qu'à se constituer d'importantes économies pour leur retour en métropole et ils se gardent d'investir dans le pays.

D'autres cependant se consacrent avec ardeur au développement de l'île.

La Réunion est le refuge d'un grand nombre de rescapés de l'épopée coloniale. Après avoir connu l'Indochine, l'Algérie, Madagascar, ils terminent leur carrière dans ce département.

Mais ces Z'oreilles ne sont pas les seuls bénéficiaires des bienfaits de la fonction publique, une classe nouvelle de fonctionnaires créoles apparaît sans cesse croissante, essentiellement dans les grandes villes St Denis et St Pierre. Elle recrute ses membres un peu parmi toutes les ethnies.

Ces citadins aux logements confortables posent peu de problèmes sanitaires et sociaux.

Ils montrent de façon éclatante qu'au-dessus d'un certain niveau de vie économique, il n'y a guère de différence dans la façon d'élever les enfants, quelque soit la race ou la religion. Et cela est vrai dans le domaine de l'hygiène et de la prévention.

Les nantis ne représentent malheureusement dans ce département qu'une faible minorité.

La misère frappe la plus grande partie des habitants de cette île.

C'est cette population indigente qui est l'objet de toute notre attention et de tous nos soins.

Les Malabars (90.000 à 120.000) sont regroupés dans certaines agglomérations comme St André, St Louis. On en rencontre cependant sur toute la côte, mais jamais dans les cirques, exceptionnellement dans "les hauts". Ils sont pour la plupart ouvriers agricoles, manoeuvres dans les usines sucrières, et sont très pauvres. Quelques uns cependant tiennent des petits commerces, d'autres sont propriétaires des principales entreprises de transports.

Bien qu'issus des plus basses castes de l'Inde, leurs ancêtres ont apportés et transmis une importante culture, des coutumes et rites nombreux.

Leur statut "d'engagés", hommes misérables mais libres, leur a permis

contrairement aux Africains enchaînés, de respecter et perpétuer leurs traditions (marche sur le feu, sur les clous, sacrifices d'animaux, etc ...).

Ce sont les plus imperméables à nos conseils.

Ils ont su même communiquer leur mode de pensée et leurs tabous à l'ensemble des Réunionnais, blancs ou noirs.

L'influence Tamoule est considérable et déborde largement l'ethnie indienne.

Elle se fait sentir notamment dans le domaine de la santé.

Les maladies sont vécues comme les manifestations de désirs et de pouvoirs des dieux.

Le Poussary ou sorcier exerce une autorité indiscutable non exempte de crainte. Il entre heureusement rarement en opposition directe avec le médecin, mais il retarde souvent son action. Il est en effet toujours consulté le premier car il faut d'abord être en paix avec les puissances divines.

Notre aide ne vient qu'en second lieu et ne doit pas être contraire aux prescriptions du prêtre.

Les Africains, véritables prisonniers déportés, n'ont conservé, eux, que le rythme et la musique de leur pays d'origine.

Ils vivent surtout sur la côte, où ils travaillent dans les plantations. Mais on en rencontre aussi dans quelques "Ilets" des cirques. Ils représentent peut-être la population culturellement la plus misérable.

Sans culture propre, ils souffrent encore de la condition d'esclave de leurs parents.

C'est sans doute chez eux que l'on rencontre les pertubations sociales les plus néfastes et les plus graves pour l'enfant.

La cellule familiale quasi inexistante n'est pas remplacée par le groupe plus vaste du clan ou de la tribu.

Ils sont curieusement appelés "Cafres" et ce nom est péjoratif. C'est le groupe le plus méprisé.

Le racisme à la Réunion est déterminé plus par les caractères négroïdes que par la couleur de la peau. Certains Africains cherchent à camoufler leur race, essayent de se faire passer pour des Malabars encore plus noirs qu'eux.

Les "petits blancs" des "hauts" et de l'intérieur (90.000 à 120.000) partagent la misère des descendants d'esclaves et d'engagés. Mais ils sont souvent encore plus démunis que les gens des plaines.

Ils sont très peu communicatifs. Ils apparaissent avoir tout oublié de la civilisation et semblent au moins aussi éloignés des Z'oreilles que le reste de la population.

Les conditions de vie difficiles, l'étroitesse du pays ont en fait beaucoup aplani les différences ethniques.

Une très grande interpénétration des cultures et un métissage inextricable se sont produits dans les zones de communication aisée.

Les métis forment sans doute le groupe le plus nombreux (150.000 à 200.000).

Tous les croisements existent. Les données et tables de références biométriques françaises ou américaines sont inutilisables dans ce pays. Les renseignements fournis par le poids, la taille, le périmètre crânien, etc ..., ne sont pas aussi évidents qu'à Lyon ou à Annecy. On rencontre toutes les hémoglobinopathies : hémoglobine S apportée par les Africains, hémoglobine E apportée par les Indiens, hémoglobine C ..., etc...

Les métropolitains emploient couramment pour décrire un individu les expressions : plutôt cafres, plutôt blancs, un peu indien, un semblant chinois ...

Le racisme n'existe pas dans les couches populaires où les communautés vivent en bonne harmonie.

Les préjugés raciaux apparaissent comme le complexe du riche, du parvenu qui veut affirmer sa personnalité.

Si les Réunionnais n'ont aucune unité physique, ils sont avant tout créoles.

Le terme de "Créole" à la Réunion désigne l'ensemble de la population européenne, asiatique, ou africaine.

Les Créoles ont su assimiler, intégrer, réunir un peu de culture française, malgache, indienne, pour se créer finalement une originalité propre.

Il sera particulièrement nécessaire pour réaliser une éducation sanitaire valable d'étudier et de tenir compte des habitudes locales.

Les techniques enseignées et appliquées en Métropole seront souvent totalement inadaptées et même néfastes dans ce pays.

Et les Créoles, aspirant au niveau de vie métropolitain, sont très sensibles à tout ce qui vient de France. Ne faisant preuve d'aucun esprit critique, ils sont persuadés de la supériorité de nos méthodes et de nos produits. C'est ainsi que l'on obtient des résultats lamentables en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson.

Vouloir faire de la Réunion un département comme les autres est une erreur grave notamment dans le domaine de la santé.

DEUXIEME PARTIE : LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

- Objectifs de la P.M.I. et organisation du service en France.

- Rapide historique de la P.M.I. à la Réunion et son organisation actuelle.

  . Personnel médical et para-médical employé en 1972.
  . Répartition des dispensaires.
  . Répartition du personnel et des dispensaires selon les secteurs.
  . Le budget.

OBJECTIFS DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

ORGANISATION DU SERVICE EN FRANCE

Nous prendrons pour définition de la Protection Maternelle et Infantile les objectifs proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé :

"La protection de la maternité a pour objet de sauvegarder la santé des femmes au cours de la grossesse et pendant l'allaitement, de leur apprendre les soins à donner aux enfants, de leur permettre d'accoucher normalement et de donner le jour à des enfants sains".

"Les service de P.M.I. doivent se proposer pour but idéal de faire en sorte que, dans toute la mesure du possible, chaque enfant vive et grandisse dans un foyer familial, qu'il se sente aimé et en sécurité dans un cadre sain, qu'il soit nourri convenablement, qu'on veille sur sa santé en lui assurant notamment les soins médicaux nécessaires, et qu'on lui inculque les indispensables notions d'hygiène et de vie".

En France, l'ordonnance du 2 novembre 1945 et ses décrets d'application organisent le service de la P.M.I. (code de la santé, livre II, titre I). De nombreux additifs ont été ajoutés depuis. Cet organisme médico-social dépend du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, et plus précisément de la direction générale de la santé publique, sous-direction de la P.M.I. et de la santé scolaire. Les services centraux sont aidés par trois organismes techniques consultatifs :

- la commission de la maternité,
- la commission de l'enfance et
- la section maternité-pédiatrie,

des services de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Tous les cinq ans, le ministre de la santé doit faire un rapport au parlement sur l'état de la P.M.I. (article L. 188 du code de la santé publique).

La P.M.I. est organisée à l'échelon départemental. Chaque département dispose d'un service de P.M.I. comprenant des médecins spécialistes ou compétents en pédiatrie ou en obstétrique, des puéricultrices et des assistantes sociales spécialisées.

Le service, dirigé par un médecin-administrateur, dépend de la Direc-

tion Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale. Il est placé ainsi sous le contrôle du Préfet et du Conseil Général.

Le département est divisé en secteurs. Dans chacun on trouvera une consultation de nourrissons pour 8.000 habitants et une consultation prénatale pour 20.000 habitants. Le centre de P.M.I. comprend des consultations pré et post-natales, des consultations d'enfants du premier et du deuxième âge, des consultations prénuptiales, un centre d'examen des pères, un centre de lutte contre la stérilité.

Les médecins de P.M.I. sont : soit des médecins fonctionnaires, soit des médecins contractuels ou vacataires. Leur rôle, comme pour les médecins du travail ou les médecins des dispensaires anti-tuberculeux, doit se limiter au dépistage et à la surveillance des affections. Il s'agit dans ce cas des affections de la femme enceinte et des enfants âgés de 0 à 6 ans.

Les consultations de P.M.I. sont entièrement gratuites, non obligatoires, mais les médecins de la P.M.I. n'ont pas le droit de prescrire. Ils ne doivent pas entrer en concurrence avec les médecins de pratique libérale. Ils n'ont pas le droit d'entreprendre d'action curative.

RAPIDE HISTORIQUE DE LA P.M.I. A LA REUNION

ET SON ORGANISATION ACTUELLE

Le service de la P.M.I. fut créé à la Réunion en 1950. Son organisation fut lente et progressive.

Le manque de personnel compétent, l'absence de locaux rendirent son action difficile. Les consultations étaient dispensées, au début, par les infirmières et les quelques rares sage-femmes diplômées. Elles avaient lieu à l'intérieur d'un camion sanitaire qui sillonait l'île.

L'équipement hospitalier et sanitaire du département était à cette époque particulièrement insuffisant (deux maternités seulement). La mortalité infantile était supérieure à 165 ‰. L'état nutritionnel de la population était désastreux.

Le recrutement et la formation d'un personnel para-médical qualifié et de plus en plus nombreux, la création d'un poste de médecin administrateur et l'emploi de médecins à temps complet, la location de locaux dans divers coins de l'île et la construction de dispensaires permirent à la P.M.I. d'étendre peu à peu son activité et de jouer un rôle de plus en plus grand.

A partir de 1956, les lois sociales métropolitaines sont appliquées dans le département et l'Aide Médicale Gratuite est étendue à la Réunion.

Dès 1962, la P.M.I. distribue gratuitement du lait aux enfants qui fréquentent les dispensaires. 500 tonnes de lait sec sont données ainsi chaque année.

En 1963, la P.M.I. se voit confier les vaccinations obligatoires des enfants de 0 à 6 ans, excepté le B.C.G. Depuis la même année, un carnet de santé est attribué à tous les enfants qui naissent.

En septembre 1971, le service de la P.M.I. prend en charge la vaccination anti-tuberculeuse pour les enfants d'âge pré-scolaire.

A partir de novembre 1971, elle assure la surveillance des enfants placés en nourrice et de toutes les familles nourricières.

La P.M.I. est aujourd'hui une importante administration médico-sociale.

La direction dont le siège est à Saint Denis est assurée par un médecin administrateur.

Le département est divisé en 16 secteurs. Un médecin est à la tête de chaque secteur. Il dispose d'une ou plusieurs équipes para-médicales itinérantes assurant les consultations de plusieurs dispensaires. Chaque équipe comprend obligatoirement :

- une sage-femme,
- une infirmière,
- une auxiliaire de puériculture,
- une secrétaire,
- une femme de service.

PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL EMPLOYE EN 1972

- 1 médecin administrateur
- 10 médecins contractuels
- 8 médecins V.A.T. (Volontaires à l'Aide Technique)
- 21 sages-femmes à temps complet
- 7 infirmières puéricultrices
- 26 infirmières à temps complet
- 40 auxiliaires de puériculture
- 47 assistantes sociales polyvalentes.

Le service de la P.M.I. de la Réunion compte un total de 280 agents.

Les consultations de P.M.I. sont assurées actuellement dans 99 dispensaires fixes, soit environ un dispensaire pour 5.000 habitants, ou encore dans les zones denses de population un dispensaire tous les 6 kilomètres.

Le terme de dispensaire employé dans le rapport de la D.A.S.S. nous parait impropre. Il semble exact de parler de 99 locaux fixes de consultation. En effet, est appelé dispensaire aussi bien une construction récente en béton pourvue de toutes les commodités du XXème siècle, qu'une "case" sordide en bois et tôle, sans eau, sans sanitaire, sans électricité, sans téléphone.

REPARTITION DES DISPENSAIRES

- 11 dispensaires départementaux d'hygiène publique, polyvalents. Les bâtiments appartiennent et sont entretenus par le département. Ils sont souvent vétustes, sales et exigus. Les consultations de nourrissons ont parfois lieu dans les pièces où se sont déroulées la veille les consultations antituberculeuses, antivénériennes, et les visites de contrôle de la sécurité sociale, etc...

- 27 centres communaux de diagnostics et de soins. Là encore, l'appellation "diagnostics et soins" est totalement erronée. Elle ne désigne aucune réalité de fonctionnement.

Le décret d'extension de l'aide sociale aux départements d'outre-mer de 1956, mentionnait que la création de "centres de diagnostics et de soins", était obligatoire dans les circonscriptions (communes) où il y avait plus de 50 % d'assistés. Ces centres devaient comprendre un cabinet médical et une salle de soins infirmiers. Les diagnostics et les soins devaient être dispensés par des médecins et infirmiers de pratique libérale, conventionnés, rémunérés à la vacation horaire ou à défaut par des médecins fonctionnaires. En raison de l'opposition du corps médical ces centres n'ont jamais fonctionné. Les locaux ne sont utilisés que par la P.M.I. et le service de l'orientation familiale. Les communes oublient de les entretenir.

- 4 "dispensaires" mis à la disposition de la P.M.I. par des congrégations religieuses.

- 6 "dispensaires" installés dans des pièces spécialement réservées pour la P.M.I. dans les centres de travailleuses familiales.

- 30 "dispensaires" installés dans des locaux mis à la disposition de la P.M.I. par les communes.

- 11 bâtiments ou locaux loués à des particuliers par la P.M.I.

- 11 "dispensaires" ruraux.

REPARTITION DU PERSONNEL ET DES DISPENSAIRES SELON LES SECTEURS

L'agglomération de Saint-Denis (86.000 habitants) est divisée en trois secteurs.

- Secteur de Saint Denis I

  - 1 dispensaire

  - 1 médecin + 2 sages-femmes + 1 infirmière puéricultrice + 2 infirmières + 2 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Saint-Denis II

  - 2 dispensaires

  - 1 médecin + 1 sage-femme + 1 infirmière puéricultrice + 1 infirmière + 2 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Saint-Denis III

  - 7 dispensaires

  - 1 médecin + 1 sage-femme + 1 infirmière + 3 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Sainte-Marie - Sainte-Suzanne (25.555 habitants) dont nous étions le responsable.

  - Commune de Sainte-Marie : (14.404 habitants) : 5 dispensaires
  - Commune de Sainte-Suzanne : (11.151 habitants) : 4 dispensaires

  - 1 médecin + 2 sages-femmes + 1 infirmière + 2 auxiliaires de puériculture (1 à Ste Marie et 1 à Ste Suzanne)

- Secteur de Saint-André - Salazie (29.199 habitants)

  - Commune de Saint-André : (22.094 habitants) : 4 dispensaires
  - Commune de Salazie : (7.105 habitants) : 4 dispensaires

  - 1 médecin + 1 sage-femme + 2 infirmières + 2 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Bras-Panon - Saint-Benoit - Sainte-Rose (28.033 habitants)

  - Commune de Bras-Panon : (3.780 habitants) : 3 dispensaires
  - Commune de Saint-Benoit : (19.492 habitants) : 6 dispensaires
  - Commune de Sainte-Rose : (4.881 habitants) : 5 dispensaires

  - 1 médecin + 2 sage-femmes + 3 infirmières + 3 auxiliaires de puériculture.

- Secteur du Port - La Possession (27.394 habitants)

  - Commune du Port : (19.768 habitants) : 2 dispensaires
  - Commune de la Possession : (7.626 habitants) : 4 dispensaires

  - 1 médecin + 2 sage-femmes + 1 infirmière puéricultrice + 2 infirmières + 5 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Saint-Paul - Trois-Bassins (47.657 habitants)

  - Commune de Saint-Paul : (43.186 habitants) : 7 dispensaires
  - Commune de Trois-Bassins : (7.471 habitants) : 1 dispensaire

  - 1 médecin + 2 sages-femmes + 2 infirmières puéricultrices + 2 infirmières + 2 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Saint-Leu - Les Avirons (21.417 habitants)

  - Commune de Saint-Leu : (16.870 habitants) : 7 dispensaires
  - Commune des Avirons : (4.547 habitants) : 2 "

  - 1 médecin + 1 sage-femme + 1 infirmière + 2 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Saint-Louis - Entre-Deux - Etang Salé (37.000 habitants)

  - Commune de Saint-Louis : (26.740 habitants) : 3 dispensaires
  - Commune de l'Entre-Deux : (3.780 habitants) : 1 "
  - Commune de l'Etang Salé : (6.510 habitants) : 1 "

  - 1 médecin + 2 sages-femmes + 3 infirmières + 3 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Cilaos (5.805 habitants) : 3 dispensaires

  - 1 médecin vacataire + 1 sage-femme + 1 infirmière puéricultrice.

- Secteur de Saint-Pierre (40.364 habitants) : 7 dispensaires

  - 1 médecin _ 1 sage-femme + 1 infirmière puéricultrice + 2 infirmières + 2 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Tampon - Petite-Ile (39.444 habitants)

  - Commune du Tampon : (31.493 habitants) : 3 dispensaires
  - Commune de Petite-Ile : (7.951 ") : 2 "

  - 1 médecin + 1 sage-femme + 3 infirmières + 3 auxiliaires de puériculture.

- Secteur de Saint-Joseph (22.440 habitants) : 11 dispensaires

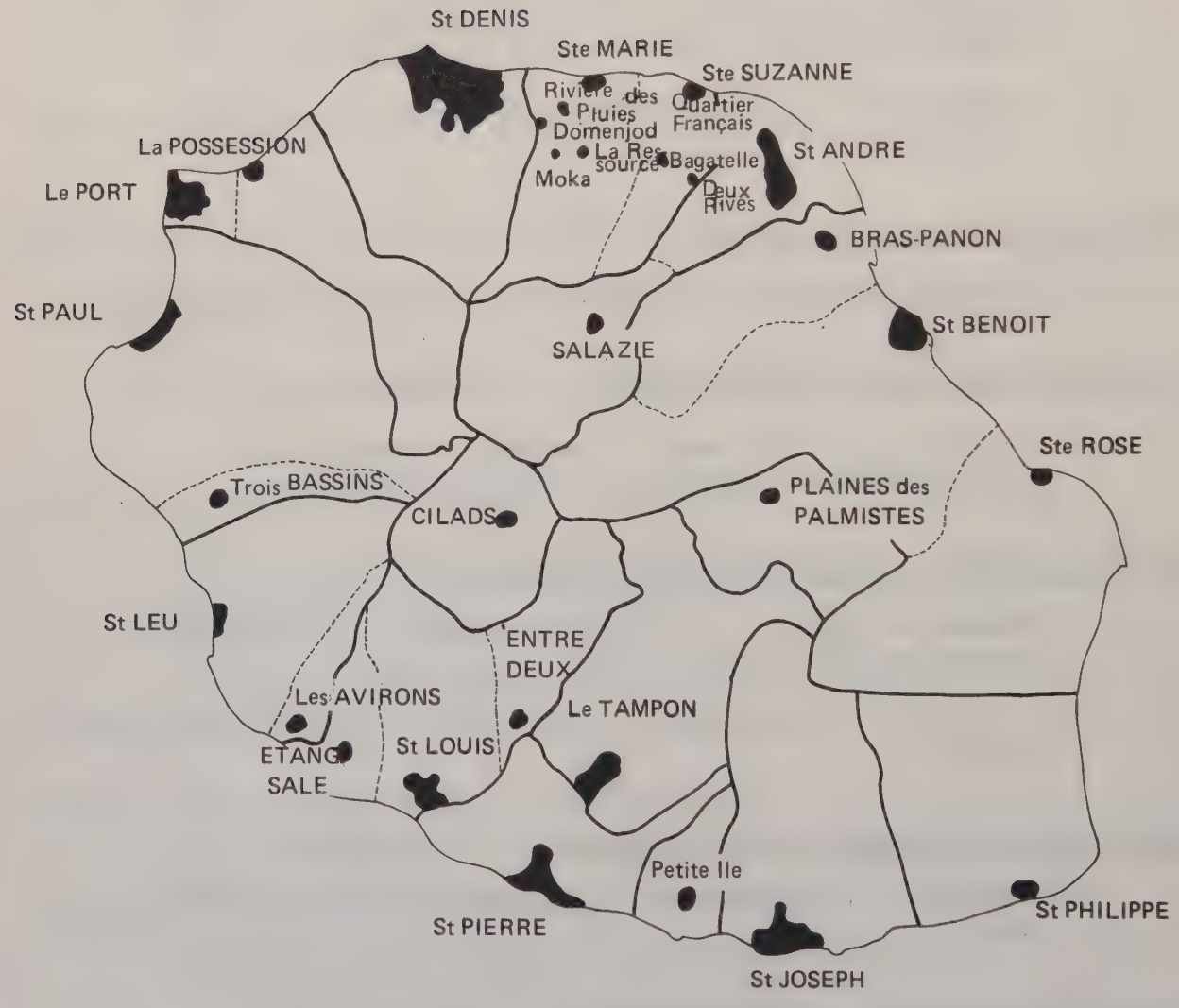
  - 1 médecin + 1 sage-femme + 1 infirmière + 1 auxiliaire de puériculture.

- Secteur de Saint-Philippe (3.336 habitants) : 3 dispensaires

  - 1 médecin vacataire + 1 sage-femme + 1 auxiliaire de puériculture.

- Secteur de la Plaine des Palmiste (2.304 habitants) : 1 dispensaire

  - 1 médecin vacataire + 1 sage-femme.


St DENIS
Ste MARIE
Ste SUZANNE
Rivière des Pluies
Quartier Français
Domenjod
La Source
Bagatelle
Moka
Deux Rives
St ANDRE
La POSSESSION
Le PORT
BRAS-PANON
St PAUL
SALAZIE
St BENOIT
Ste ROSE
Trois BASSINS
CILAOS
PLAINES des PALMISTES
St LEU
ENTRE DEUX
Les AVIRONS
Le TAMPON
ETANG SALE
St LOUIS
Petite Ile
St PHILIPPE
St PIERRE
St JOSEPH

LE BUDGET

La P.M.I. est au sein de la D.D.A.S.S. de la Réunion le secteur le plus lourd, celui qui emploie le plus de personnel, et celui qui exige les plus grosses dépenses.

Le budget de la P.M.I. est difficile à établir de façon globale, car certaines charges sont assurées par l'Etat, d'autres par le département, ou encore par les communes.

La part du département est en continuelle expansion :

1965	296.436.641 F CFA
1966	452.290.045 F CFA
1967	537.784.833 F CFA
1968	693.171.066 F CFA
1969	673.218.796 F CFA
1970	898.394.417 F CFA
1971	983.947.498 F CFA
1972	1.450.954.798 F CFA

Sur le seul budget départemental, presque trois milliards de nos anciens francs ont été consacrés à la P.M.I. en 1972. Il s'agit là simplement des dépenses techniques de fonctionnement. De son côté, l'Etat a versé les salaires des fonctionnaires. Il a assuré l'entretien des meubles et immeubles lui appartenant. Il a donné pour cent millions d'anciens francs de lait sec écrémé.

Les sommes distribuées à la P.M.I. de la Réunion sont considérables. Sont-elles bien employées ? Cette médecine préventive si coûteuse est-elle efficace ? L'augmentation constante des dépenses de médecine curative parait prouver le contraire.

TROISIEME PARTIE : LES CONDITIONS DE VIE, LES PROBLEMES ECONOMIQUES, SOCIAUX ET FAMILIAUX DE LA POPULATION A LAQUELLE S'ADRESSE LA P.M.I.

- Introduction
- Le chômage
- Les revenus des familles :
  - . Les salaires
  - . Les prestations familiales
  - . Les revenus
  - . Les prix
- L'habitat, les conditions d'hygiène et de vie :
  - . Le logement
  - . L'eau
  - . Les sanitaires
  - . La cuisine
  - . L'électricité
- Les structures familiales
- L'alcoolisme et la délinquance
- Le niveau culturel de la population
- Quelques exemples de familles

INTRODUCTION

Il est obligatoire pour tout médecin d'un service de Protection Maternelle et Infantile de connaître les conditions dans lesquelles vivent les enfants placés sous sa surveillance.

Pour prévenir la maladie, il faut non seulement connaître ses caractères épidémiologiques et cliniques, mais encore ses aspects familiaux, sociaux et économiques.

Pour pourvoir aux besoins d'une communauté, et en particulier à ceux des enfants, il est nécessaire d'être parfaitement au courant des problèmes de cette communauté.

LE CHOMAGE

La surpopulation, l'absence d'industries, la monoculture extensive d'une plante nécessitant peu de soins et de main-d'oeuvre, tous ces facteurs sont à l'origine d'un sous-emploi chronique important. Il s'agit d'un fléau social particulièrement grave.

Ce chômage peut être total ou partiel. En effet, beaucoup de travailleurs sont employés de façon épisodique, saisonnière pendant la coupe de la canne (juillet à août).

A la Réunion, contrairement à la métropole, le chômage n'est ni déclaré, ni indemnisé, et heureusement pour les caisses de l'Etat. Il existe seulement des chantiers de chômage, où sont employés, au prix du S.M.I.C. pour une courte durée (quelques mois), les personnes sans travail. Ces chantiers sont généralement organisés par la direction de l'équipement.

Ainsi, 37 % des hommes n'ont aucun emploi régulier en 1967. Le grand nombre d'inactifs ne cherchant pas de travail peut être expliqué par la fréquence des personnes pensionnées (invalides). D'après le journal "LE MONDE",

en avril 1968, sur la population totale de 425.000 habitants, il y avait 220.000 personnes ayant un "petit secours". Depuis la départementalisation, l'aide constante de la métropole, sous forme de dons, est responsable du développement croissant chez les Réunionnais d'une mentalité d'assistés.

Les demandes d'emploi à la Direction Départementale du Travail restent cependant 6 à 7 fois plus nombreuses que les offres :

1963 : 90.000 emplois
1972 : 95.000 emplois

5.000 emplois ont été créés en 10 ans alors que la population a augmenté de 91.000 habitants.

Le chômage atteint surtout les personnes sans qualification. 56 % des chômeurs partiels ou inactifs sont des illétrés. 78 % des femmes n'ont pas d'emploi.

POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, REPARTITION SUIVANT L'ACTIVITE EN %

- INSEE -

	Hommes	Femmes	Ensemble
Emploi régulier ou activité rémunératrice régulière.	63,0	22,0	41,5
Emploi irrégulier, saisonnier, occasionnel.	12,5	5,0	8,5
Inactifs cherchant du travail.	3,5	9,0	6,5
Inactifs ne cherchant pas de travail.	16,5	59,0	39,0
Etudiants, élèves.	4,5	5,0	4,5
Ensemble	100	100	100

La jeunesse de la population, le très grand nombre d'inactifs augmentent considérablement la charge par adulte qui travaille.
En 1946, 100 personnes réellement actives avaient à leur charge 194 individus (jeunes ou âgés),
en 1967, cette charge est passée à 335

Les concentrations sucrières, la modernisation et la mécanisation des exploitations entraînent une réduction du personnel :

1963 : 24.000 planteurs de cannes
1972 : 12.000 planteurs

12.000 planteurs ont abandonné la canne en 10 ans

1963 : 8.000 planteurs de géranium.
1972 : 2.500

1963 : 9.000 chômeurs,
1972 : 50.000 chômeurs.

En 10 ans, le nombre de chômeurs a été multiplié par 5 et 1/2.
Il existe un exode rural constant vers les villes. Les "bidonvilles" progressent à la périphérie des agglomérations. Le "bidonville" de Saint-Denis est installé à proximité de la décharge municipale d'où il tire toute sa subsistance.

Les chômeurs ou les inactifs n'apportent pas ou peu de revenus à leur famille. Leur désoeuvrement est aussi à l'origine d'un grand nombre de troubles et de désordres sociaux : alcoolisme, toxicomanies ("Jamal" ou chanvre indien), fugues du domicile conjugal, disputes, violences, homicides, vandalisme, etc...

Les enfants sont les premières victimes de toutes ces perturbations familiales.

LES REVENUS DES FAMILLES

Le médecin de P.M.I., ainsi que tous ses collaborateurs : puéricultrices, sage-femmes, etc..., doivent connaître, au moins approximativement, les revenus des familles qu'ils contrôlent. Ils ne peuvent donner des conseils diététiques sans tenir compte du prix des aliments localement et du pouvoir d'achats des mamans. Dans ce pays extrêmement pauvre, le médecin ne peut faire abstraction des contingences matérielles. Il apparaît, dans le domaine alimentaire, comme un économe ou un intendant. Il devra essayer d'équilibrer le repas des enfants en fonction de l'argent dont disposent les parents.

LES SALAIRES

En raison du chômage important et du très grand nombre de demandes d'emploi insatisfaites, les salaires sont à un niveau particulièrement bas, dans l'agriculture et dans toutes les entreprises privées.
La fonction publique est, par contre, particulièrement privilégiée. Les salaires des fonctionnaires sont même proportionnellement plus élevés qu'en métropole. Ils sont multipliés par deux le plus souvent et majorés encore par une prîme d'éloignement.

SALAIRES MENSUELS "REELS". Pour un chef de famille ayant quatre enfants à charge et dont l'épouse reste au foyer.

INSEE *en francs CFA*

	SITUATION EN DECEMBRE		
	1969	1970	1971
Smicard	18.233	19.448	22.050
Bâtiments et travaux publics			
- manoeuvre	18.233	21.068	25.930
- ouvrier qualifié	24.795	28.848	35.492
Fonction publique			
- minimum de rénumération	67.260	85.319	88.523
- Cadre B (position indiciaire minimum)	104.332	117.741	119.209

Le minimum de rénumération dans le secteur public est quatre fois plus élevé que le S.M.I.C. (Salaire Interprofessionnel de croissance).

Une telle disparité n'est pas un stimulant de l'économie et du développement de l'île. La fonction publique, c'est-à-dire l'administration, l'enseignement, les postes, l'armée, etc..., attire tous les jeunes, toutes les énergies. Les secteurs productifs sont totalement délaissés au profit du secteur tertiaire, déjà pléthorique. Beaucoup de jeunes renoncent à apprendre un métier utile, correspondant à leurs goûts et capacités. Ils préfèrent être planton à la préfecture que technicien.

Ces hauts salaires sont aussi à l'origine d'une montée des prix, aussi bien des produits de consommation que des loyers. Ils favorisent le développement d'un commerce de luxe. Ils aggravent la misère des plus pauvres.

LES PRESTATIONS FAMILIALES

Les prestations familiales, loin de tempérer, de réduire les inégalités sociales, les accentuent encore davantage.

Les Allocations Familiales : Il existe, à la Réunion, curieusement et d'une manière scandaleuse, deux barêmes d'allocations familiales. Pour cela, on distingue deux catégories d'individus : les fonctionnaires et les autres.

- les fonctionnaires bénéficient des mêmes prestations (libellées en C.F.A.) que leurs concitoyens de métropole.
- les autres connaissent, pour des cotisations identiques, un système bien moins avantageux.

Les allocations sont versées à un taux forfaitaire pour chaque enfant à charge (jusqu'à 16 ans et demi en principe, 18 ans s'il est en appren-

tissage, 20 ans s'il est étudiant ou infirme), et pour chaque journée effective de travail (dans la limite de 25 jours). Les familles de chômeurs ne reçoivent donc aucune aide. Les travailleurs à temps partiel ont des allocations amputées.

Taux des allocations familiales par journée de travail en décembre 1970 :

1er enfant	43 F CFA
2ème "	86 F CFA
3ème "	180 F CFA
4ème "	185 F CFA
5ème "	76 F CFA
à compter du 6ème	38 F CFA

Avec une majoration de 30 F CFA pour les enfants de plus de 10 ans
45 F CFA " " " " " " 15 ans.

Soit par exemple : une famille ayant 4 enfants de moins de 10 ans et dont l'allocataire aurait travaillé 25 jours dans le mois :

(43 + 86 + 180 + 185) x 25 = 12.350 F CFA.

Une famille identique, dans le secteur publique reçoit pour la même période plus de 40.000 F CFA ; en Métropole, elle perçoit 414 F.

Une différence aussi considérable s'explique de la façon suivante : 60 % des cotisations du secteur privé sont destinées à des oeuvres sociales dont bénéficient indirectement les familles. 45 %, en effet, de ces cotisations, sont versés au F.A.S.O. (Fond d'action sociale obligatoire) créé en 1963. Les sommes de ce fond servent à financer :

- Les cantines scolaires
- La formation professionnelle
- L'orientation familiale
- L'A.R.F.U.T.S. (Association Réunionnaise de Formation et d'Utilisation des Travailleurs Sociaux).

Et 15 % de ces cotisations sont destinées à l'Action Sociale de la caisse générale. Cette forme d'action existe aussi en métropole, mais elle dispose de fonds plus modestes (3,50 % des cotisations). Les sommes recueillies sont, pour la moitié, consacrées à l'aide à la construction, sous toutes ses formes : collectives ou individuelles.

Les fonctionnaires profitent de tous les avantages de ces oeuvres sociales pour lesquelles ils n'ont pas cotisé. En pratique, aussi, le F.A.S.O. est utilisé, très largement, à des fins dont le caractère social n'est pas toujours évident (école militaire préparatoire du Tampon).

A la différence du système métropolitain, l'enfant recueilli n'ouvre aucun droit pour les allocations familiales. Pour bénéficier de ces allocations, il doit exister un lien entre l'enfant et l'allocataire, c'est-à-dire que l'enfant doit être un enfant légitime, naturel, reconnu, adoptif ou placé sous tutelle par décision judiciaire.

L'allocation de salaire unique et l'allocation logement n'existent pas dans ce département.

LES REVENUS

REVENUS MENSUELS (pour un chef de famille ayant quatre enfants à charge et dont l'épouse reste au foyer)

INSEE

	SITUATION EN DECEMBRE		
	1969	1970	1971
Smicard en F CFA	30.583	31.798	34.400
en indice	130,6	135,6	141,2
Fonctionnaire [illegible] minimum de rénumération en F CFA	104.155	125.848	129.729
en indice	120,0	147,4	148,9
Cadre B (position indiciaire minimum) en F CFA	144.788	161.140	163.568
en indice	126,0	140,2	139,3

Indice base 100 - au 1er Janvier 1966 pour 1969 et 1970
- année 1966 pour 1971

Le rapport entre les revenus (salaire plus prestations sociales) du fonctionnaire au plus bas échelon, et les revenus de l'ouvrier payé au S.M.I.C., est encore de quatre.

Si la différence entre leurs salaires est de : 57.473 F CFA, au niveau de leurs revenus, elle atteint : ..... 95.329 F CFA.
Cette disparité, ces chiffres sont impressionnants.

Les indices montrent que les revenus des fonctionnaires augmentent d'année en année, plus vite que ceux des travailleurs du secteur privé. Les écarts ne diminuent pas, ils grandissent au contraire avec le temps, en fonction du coût de la vie.

Dans l'ensemble, on peut affirmer que l'ouvrier réunionnais dispose

d'un pouvoir d'achats correspondant au tiers ou au quart de celui de son collègue métropolitain.

Depuis le 1er juillet 1972, le S.M.I.C. horaire est à 148 F CFA, ce qui correspond à un salaire mensuel de 26.000 F CFA environ. Mais, tous ces chiffres aussi bas soient-ils, ont bien peu de valeur. Ils sont loin de refléter la condition d'un grand nombre de Créoles. En effet, seuls les ouvriers exerçant une activité régulière, dans une entreprise à comptabilité sérieuse (Travaux Publics, Energie Electrique de la Réunion, usines sucrières), sont payés au S.M.I.C. Dans beaucoup de petites entreprises, notamment commerciales, les employés ne sont pas déclarés. Pourquoi l'employeur payerait-il des cotisations de S.S., quand existe l'Assistance Médicale Gratuite ? Les salariés, le plus souvent illettrés, ignorent leurs droits. De toute façon, ils ne peuvent se plaindre sous peine d'être licenciés.

Pour les journaliers agricoles, le S.M.I.C. n'existe pas. Ils sont payés "à la tâche". Pendant la période de l'intercoupe de la canne, ils ne gagnent que 3.000 à 4.000 F CFA par semaine.

Le personnel domestique, quant à lui, reçoit de 5.000 à 20.000 F CFA. Il subit la loi de l'offre et de la demande. Ainsi, les familles aisées peuvent avoir plusieurs employés de maison.

LES PRIX

Le coût de la vie est particulièrement élevé.

80 % des denrées alimentaires, 100 % des produits manufacturés doivent être importés. La métropole est le fournisseur privilégié. Les 13.000 kilomètres qui la séparent de ce département sont responsables du coût important du frêt. La chaleur, l'humidité, sous cette latitude, posent des problèmes de conservation qui augmentent encore le prix du voyage. Il existe aussi une détérioration et un gaspillage inévitable de certaines denrées qui doivent s'ajouter aux frais précédents.

Si la Taxe à la Valeur Ajoutée (T.V.A.) est réduite à la Réunion de 55 %, les marchandises sont frappées d'un impôt supplémentaire : l'Octroi de Mer. Cette taxe est à un taux variable, plus élevée pour les articles de luxe. Elle représente la source de revenus essentielle des collectivités locales. Les droits de douanes, pour les produits étrangers, sont identiques à ceux de la métropole.

Les marges bénéficiaires des commerçant réunionnais sont très élevées. Il existe aussi un grand nombre d'intermédiaires entre l'importateur et le consommateur.

Enfin, la demande artificielle d'une minorité particulièrement aisée qui dépense sans compter, facilite les spéculations des revendeurs.

Il est toujours difficile d'évaluer et de chiffrer le niveau de vie des habitants d'un pays. Cependant, il semble que le nombre de personnes bénéficiaires de l'Assistance Médicale Gratuite soit un bon indice à la Réunion.

En 1972, on comptait :

ASSISTES : Individus qui n'ont pas droit à la Sécurité Sociale et qui ne disposent pas de moyens financiers pour faire face à leurs dépenses de santé	85.904
ASSURES ASSISTES : Assurés sociaux dont les revenus sont trop faibles pour leur permettre de prendre à leur charge entièrement ou partiellement le ticket modérateur ..	137.939
TOTAL DES ASSISTES	223.843
POPULATION TOTALE :	473.400
POURCENTAGE D'ASSISTES :	48 %

L'HABITAT, LES CONDITIONS D'HYGIENE ET DE VIE

La surpopulation, le chômage, l'exode rural, la misère, tous ces facteurs ne favorisent pas un développement harmonieux de l'habitat. Les "bidonvilles" ceinturent les agglomérations. Les familles s'entassent dans des locaux particulièrement étroits et insalubres.

LES HABITATIONS

Depuis de longues années, près des centres urbains, les propriétaires des terrains louent très cher (de 12 à 20.000 francs C.F.A. par an) des surfaces de 50 à 100 mètres carrés, sans électricité, sans eau, sans voirie, sans aucune préparation du sol, à de pauvres gens qui édifient des taudis.

D'après le recensement de 1967 :

- 1/3 des logements n'ont que deux pièces.

Il est bien rare que les filles et les garçons, d'une même famille couchent dans des chambres séparées. Il arrive qu'une fille soit enceinte de son frère.

Les enfants occupent une pièce.

Les jeunes gens et les jeunes filles partagent une petite chambre commune.

Trois ou quatre personnes occupent un lit.

Un enfant ramène de l'école la gale (cette parasitose sévit à l'état endémique), et toute la famille est contaminée.

La boue, les moustiques, les chiens, les chats, les rats, les punaises partagent avec les hommes, les femmes et les enfants cet entassement.

- 7/8 des constructions ne sont constituées que d'un rez-de-chaussée.

Pour la plupart, elles ressemblent plus à des cabannes qu'à de véritables maisons. Le sol est souvent constitué de terre battue. Dans ce milieu, les insectes (cancrelas, cafards, blattes ...), si nombreux sous cette latitude, prolifèrent en toute liberté. Il n'y a ni surélévation, ni revêtement. En raison de la violence des orages, les eaux de pluie pénètrent aisément par ruissellement. L'humidité est particulièrement tenace. L'existence d'une dalle de béton est un élément de confort important.

- 3/4 des logements ont un toît en tôle. Il n'existe, le plus souvent, ni plafond, ni isolant thermique. La tôle est en contact direct avec les pièces. Durant la journée, sous le soleil tropical, ces maisons se transforment en serres.

- Pour 1/4 des habitations, les murs aussi sont entièrement faits de tôles. Ce matériau est sans doute peu coûteux. Vissé sur une charpente en bois, il résiste bien aux cyclones. Il n'offre toutefois aucune protection contre la chaleur et le froid. En montagne, pas une case ne possède une installation de chauffage.

L'humidité, les écarts de température importants, la promiscuité, sont responsables chez les enfants d'une pathologie rhino-pharyngée et broncho-pulmonaire très importante.

Tous présentent une rhinorrhée, une toux et une bronchite permanentes. La fréquence du rhumatisme articulaire aigü, aussi est grande.

- 45 % des maisons sont en bois. Le bois est sans doute l'élément qui convient le mieux au climat. Malheureusement, les forêts de la Réunion ont été, depuis longtemps, totalement exploitées et saccagées. Actuellement, le bois de construction doit être importé. Il est, de ce fait, très onéreux.

Ainsi, la plupart de ces cases sont très anciennes, vétustes, branlantes, rongées par les carias.

Classification des habitations selon leur état :

- Bons : 12.710
- Moyens : 36.416
- Mauvais : 19.066
- Non déclarés : 5.933

Comme souvent, les familles ne sont propriétaires ni de la case ni

du terrain (colons, par exemple), aucune amélioration du logis n'est envisagée.

Pourtant, quand on sait de quelle manière primitive sont construites les cases rurales, il est facile de se rendre compte qu'une pièce pourrait être ajoutée à l'ensemble sans dépenses importantes.

Résidences principales selon leur modalité de jouissance :

- Propriétaires : 51.449
- Locataires : 19.840
- Fournies par l'employeur : 5.301
- Prêtées par un parent ou un ami : 3.990
- Non déclarées : 1.294

Un très gros effort de construction a été entrepris ces dix dernières années, mais il reste très insuffisant, sans rapport avec l'accroissement démographique. Il porte surtout sur les logements collectifs.

Le relogement des habitants des bidonvilles, d'origines rurales, dans de grands ensembles, n'est pas sans poser de graves problèmes.

Les loyers sont toujours trop chers et les familles sont rapidement expulsées.

Ces paysans ne peuvent plus élever les quelques poules et le cochon qui leur permettaient de survivre.

Les dénutritions et les carences protéiques sont encore aggravées.

Les enfants, certes, ne s'ébattent plus dans la terre boueuse. Ils sont sans doute moins parasités. Mais les parents les abandonnent, durant la journée, fermés dans ces appartements, et paradoxalement, dans ce pays de soleil, on voit apparaître du rachitisme.

Enfin, ces quartiers remplis d'inactifs, sont continuellement en effervescence. Le personnel des services sociaux et tous les gens riches en général, sont souvent insultés et menacés ; leurs voitures ont les pneux crevés et les vitres cassées.

L'EAU :

Si l'eau existe en abondance dans ce département, bien peu d'habitations ont l'eau courante et sont pourvues d'installation sanitaire. (INSEE)

Ensemble des résidences principales	LOGEMENTS AVEC EAU		LOGEMENTS SANS EAU					
	dans le logement	dans la construction ou la cour	fontaine citerne	publique	barrique	source rivière	autres	non déclaré
81.874	23.313	11.024	36.639	4.017	481	3.458	2.046	1.896
TOTAL	34.337		46.641					

L'hygiène, pour cette principale raison, est déplorable. Il faut parfois aller chercher l'eau assez loin. Aussi, on économise au maximum cette denrée précieuse lors de la toilette. Les enfants sont chargés de la corvée d'eau.

Le matin, ils partent à la fontaine, à jeun, avant d'aller à l'école.

Le va-et-vient avec leurs seaux entre la case et la source dure volontiers jusqu'à ce que la citerne ou la barrique soit pleine.

Les efforts qui leur sont demandés, tant au point de vue de la charge que de la distance, dépassent leurs possibilités.

Il faut voir, le long des routes, ces bambins de 5 à 10 ans portant sur la tête des seaux de 15 à 20 litres d'eau.

Ensemble des résidences principales (1)	DISTANCE DU LOGEMENT AU POINT D'EAU					
	Eau dans le logement ou dans la cour	moins de 100 m.	100 à 199 m.	200 à 500 m.	supérieure à 500 m.	distance non déclarée
79.978	33.318	15.412	11.427	9.266	7.603	2.452

(1) Non compris les logements dont le mode d'alimentation en eau n'a pas été déclaré.

L'eau de distribution destinée à la consommation est le plus souvent non potable.

Il n'est pas nécessaire de faire des analyses coûteuses pour s'en rendre compte.

Dans certaines communes, elle coule souvent trouble du robinet, et est chargée de déchets, notamment lorsqu'il pleut.

L'origine des eaux de distribution est essentiellement superficielle. Les eaux souterraines sont très peu utilisées.

Des rivières notablement polluées, des étangs même, représentent les sources et les réserves d'eau essentielles.

71 cas de typhoïde ont été déclarés en 1970 et 42 dans le premier trimestre de 1971, dans la seule région de St Pierre.

Un décret oblige cependant l'E.E.R. (Energie Electrique de la Réunion qui fait office aussi de compagnie des eaux) à vendre de l'eau potable. L'absence de laboratoire capable d'effectuer une analyse correcte des échantillons d'eau, était jusqu'à une date récente, un obstacle à un progrès réel sur des bases scientifiques.

Le laboratoire départemental d'épidémiologie et d'hygiène du milieu remplit ce rôle depuis moins d'un an, à la suite du rapport sur les parasitoses du Professeur LARIVIERE.

ANALYSE BACTERIOLOGIQUE DES EAUX DE LA COMMUNE DE St DENIS			
Origine	Rivière St Denis	Ravine du Premier Bras	Puits du Chaudron
COLIFORMES	1.700 germes/litre	490 germes/litre	18.00 germes/litres
ESCHERICHIA COLI	1.300 g/1	480 g/1	810 g/1
STREPTOCOQUES FECAUX	490 g/1	68 g/1	2.400 g/1

LES SANITAIRES

La majorité des Réunionnais élimine leurs matières fécales n'importe où, dans la cour, la porcherie, le champ de cannes, le potager, sous un arbre.

INSEE

Modes d'alimentation en eau	LIEUX D'AISANCE (en nombre)			
	dans le logement	hors du logement	pas d'installation	non déclaré
eau courante dans le logement ou dans la cour	12.781	17.317	2.170	1.069
Autres modes : fontaine, citerne, barrique, rivière	1.444	28.195	15.678	1.324
Non déclaré	252	587	338	719

La plupart des W.C. mentionnés dans ces habitations sans eau ne sont pas utilisés, car insalubres. Les puits sont obstrués par des pierres. Les galets font office, en effet, de papier hygiénique.

Les fosses septiques ne fonctionnent pas par manque d'eau.

La très forte pollution du milieu est responsable de l'importante endémie parasitaire.

95 % des enfants sont parasités. Ce chiffre, l'un des plus élevés du monde, classe ce département d'outre-mer parmi les pays au niveau d'hygiène le plus bas.

LA CUISINE

Bien peu de logements possèdent une véritable installation de cuisine. Habituellement, un feu de bois ou un réchaud à pétrole sous un abri en tôle, sans cheminée, tient lieu de cuisine.

Parfois le feu est allumé à l'intérieur d'une pièce contiguë avec la chambre. La fumée s'échappe par les fenêtres, les murs sont couverts de suie.

Est-ce si difficile de construire une cheminée alors qu'il y en a dans les plus misérables chaumières françaises ?

La femme créole, dans de telles conditions, n'aura pas envie de préparer des plats nécessitant du travail et des soins un peu longs. Elle préférera dépenser beaucoup d'argent pour acheter à la "boutique" des aliments tout préparés en très petites quantités.

Les enfants mangeront peu, mais la maman n'aura pas de cuisine à faire.

(INSEE)

Ensemble des résidences principales	INSTALLATION DE LA CUISINE			
	dans le logement	à l'extérieur	pas d'installation	non déclaré
81.874	18.993	55.807	5.710	1.364

L'ELECTRICITE

Si lors du recensement de 1967, le quart seulement des habitations avait l'électricité, la moitié aujourd'hui est branchée sur le réseau de l'E.E.R. Il s'agit là d'un progrès important.

La nuit tombe tôt en zone tropicale (17h.30 pendant les mois de Juin et Juillet). Les grands enfants ne peuvent apprendre leur leçon chez eux. Les résultats scolaires sont décourageants.

Les Créoles utilisent beaucoup de pétrole pour leurs lampes et leurs réchauds.

Ce combustible est régulièrement stockés dans des bouteilles ordinaires, laissé trop souvent à la portée des enfants.

On ne compte pas, dans les services de pédiatrie, le nombre d'intoxications au pétrole, responsables de pneumopathies graves.

Nous avons eu connaissance d'une intoxication importante, mortelle, par oedème aigu du poumon chez un enfant de 6 ans.

Les parents se servent aussi de ce produit comme médicament. Ils en frictionnent le thorax des enfants quand ils toussent ou le ventre quand ils ont des vers. Ces traitements ne sont pas particulièrement bénéfiques à leur peau fragile qui desquame en grands lambeaux.

LES STRUCTURES FAMILIALES

La présence d'un foyer familial équilibré dans lequel l'enfant se sent en sécurité, tant sur le plan affectif que matériel est primordiale pour lui assurer croissance et développement harmonieux du triple point de vue : physique, mental, social.

Plus l'enfant est jeune, plus il est sensible et vulnérable aux perturbations familiales.

A la Réunion, le concept de la famille, tel qu'il existe en Europe est pratiquement inconnu dans la population qui fréquente les dispensaires de P.M.I.

Le père est totalement inexistant. Les hommes ne contrôlent absolument pas leur sexualité. Ils sont irresponsables, ils procréent sans se soucier aucunement de leur progéniture.

Seules les femmes ont la charge des enfants.

Elles n'ont pas de maris mais des "Zamants" de passage. Frères et soeurs ne sont souvent que demi-frères ou demi-soeurs.

Rapports de naissances légitimes : (INSEE)

Période 1963-67	: 77,9 %
Année 1968	: 78,8 %
Année 1969	: 78,1 %
Année 1970	: 76,0 %

Le nombre de naissances illégitimes aussi élevé soit-il, n'est pas un indice représentatif des structures familiales de la Réunion.

En effet, les pères reconnaissent très facilement leurs enfants. Il s'agit là d'un simple geste d'écriture qui pour eux n'a aucune conséquence morale ou matérielle. Bien plus, ils affirment ainsi publiquement leur virilité :

La mentalité locale veut que plus un homme a d'enfants, plus il est viril.

Les femmes sont entièrement soumises. Bien souvent, il ne leur vient même pas à l'esprit l'idée que le père doit subvenir aux besoins de l'enfant qu'il a engendré.

Elles ignorent aussi leur droit et sont incapables d'action en justice. De toute façon, les pères sont la plupart du temps insolvables.

L'Association Réunionnaise d'Aide Judiciaire aux Familles (ARAJUFA), financée par le F.A.S.O. (Fond d'Action Sociale Obligatoire), par les moyens qu'elle met en oeuvre pour susciter et faire aboutir les demandes de pensions alimentaires, joue aujourd'hui un rôle très important.

Elle amènera peut-être un jour, à renverser la tendance et à faire prendre conscience aux hommes de leurs responsabilités.

Actuellement, les quelques individus solvables condamnés à verser une pension, ont aussitôt cessé leur travail. La prison a été le seul moyen de les ramener à plus de raison.

De telles condamnations doivent être largement divulguées pour servir d'exemple et bien montrer à tous qu'il n'est pas toujours possible d'abandonner sa famille sans impunité.

En 1967, la Réunion comptait 83.000 ménages.

Les couples légitimes en représentaient 57 % (52 % en 1954).
Les femmes seules avec enfants : 11 %.

Mais les ménages légitimes sont parfois moins stables que les couples vivant en union libre.

Qu'il soit marié ou non, l'homme change tout aussi facilement de femme. Il abandonne aussi aisément une femme légale qu'une concubine. Les femmes de leur côté paraissent accepter n'importe quels hommes, quelques soient leur âge, leur physique mais surtout leur conduite. L'amant est tout puissant, il a tous les droits.

Il peut tout à la fois, impunément : habiter sous le toit de sa maîtresse, vivre de son travail, être ivre du matin jusqu'au soir, la battre quotidiennement, mais encore chasser ses enfants et refuser de les nourrir ou de les soigner.

De telles mères, capables d'accepter une telle déchéance ne sont pas rares, et elles ne sont pas toujours débiles.

Le "Zamant" est parfois jaloux des enfants de son prédécesseur et demande à sa maîtresse de les abandonner. Il fera d'ailleurs tout et se manifestera suffisamment pour qu'elle agisse de cette manière. Il n'est pas exceptionnel cependant, que ce couple "idyllique" conserve un marmot auprès de lui, non pas le petit préféré de sa maman, mais celui qui est capable de rendre le plus de service.

Nous avons personnellement connu des cas semblables. Une femme de La Ressource, nous a affirmé sans fausse honte à peu près cela :
"J'ai chassé mes enfants, docteur, car mon Zamant ne les aime pas. J'ai conservé celui-là car il m'aide : Il garde le bébé ..."
Le bébé en question est le fruit inévitable de la dernière union.

En raison de la grande inconstance des parents, la famille est en perpétuels mouvements, mouvements de personnes, mais aussi de lieux.

Les enfants n'ont même pas la sécurité de l'environnement.

Tout dépend du bon vouloir de l'amant du moment. Le foyer le suit dans sa recherche d'un travail, d'un loyer modéré. Les enfants sont promenés de taudis en taudis.

La mère les confie provisoirement ou les abandonne définitivement à la grand-mère, la tante, la cousine, la voisine ... etc..., quand elle ne les laisse pas à la rue.

Nous avons recueilli une fois au dispensaire de Rivière des Pluies, deux enfants, originaire de St Joseph, âgés respectivement de 9 et 11 ans, épuisés, morts de faim. Leur mère les avait chassés, elle leur avait demandé de rejoindre leur tante domiciliée à Domenjod, à l'autre extrêmité de l'île.

On se demande comment ces pauvres malheureux ont pu parvenir jusque là. Ils avaient jeuné, dormi sous les étoiles. Ils étaient complètement perdus, à la recherche de leur tante.

Les querelles, les discordes dans ces couples éphémères sont fréquentes. Les ruptures sont toujours brutales. Femmes et enfants sont jetés à la rue brusquement.

Combien d'enfants sont, à la Réunion, en danger moral permanent ?

Comment expliquer la fréquence des carences parentales dans ce département ?

Pour certains, l'esclavage en serait l'origine.

Faire des enfants était, en effet, pour l'esclave, la seule manière possible de s'affirmer en tant qu'homme. Mais son sort n'était pas lié à celui de sa progéniture. Ses enfants ne lui appartenaient pas, ils était la propriété et la richesse du maître.

Petits, ils étaient seulement confiés à leur mère, un peu plus grands, ils étaient séparés d'elle et vendus.

L'irresponsabilité paternelle n'est cependant pas le propre des Réunionnais d'origine africaine. Elle est présente dans toutes les ethnies, sans discrimination. Peut-être est-ce par phénomène de contagion ?

L'extrême misère, le niveau culturel très bas, l'alcoolisme, ont sans aucun doute favorisé ce concubinage sauvage.

L'Eglise, toute puissante dans ce pays si profondément catholique, n'a pu renverser cette désastreuse tendance.

Le Clergé ferme plus ou moins les yeux sur la situation irrégulière des familles, et les églises restent pleines.

Les gens s'ingénient aussi à tromper le curé.

Le prêtre ne s'oppose pas au baptême d'un enfant naturel, lorsque le père est inconnu. L'office, toutefois, a lieu le Vendredi au lieu du Dimanche.

Le prêtre refuse, par contre, d'officialiser un couple illégitime. Si le père a reconnu l'enfant, il exige le mariage des parents quand cela est encore possible.

Ainsi lorsque l'enfant est baptisé, il porte le nom de sa mère. Son père va le reconnaître à la mairie dès le lendemain de la cérémonie religieuse.

Si l'amant ne peut quitter sa concubine sans lui avoir prouvé qu'il était véritablement un homme et se doit de la mettre enceinte, celle-ci accepte assez volontiers une nouvelle grossesse.

Dans l'ensemble, les femmes réunionnaises aiment beaucoup les bébés. Elle sont en extase devant ces petits êtres adorables avec lesquels elles jouent facilement.

La plus grande part de leur affection va toujours au dernier-né, au plus petit. Cet enfant-là est chéri, choyé, tant qu'il est objet, tant qu'il est passif. Lorsqu'il marche et qu'il commence à prendre un peu d'indépendance, les sentiments de sa mère change à son égard. Elle s'intéresse moins à lui.

Elle tente aussi de freiner sa maturité. Elle veut le considérer toujours comme un nourrisson et agit avec lui de la sorte.

Mais si un nouveau bébé vient à naître, elle oublie aussitôt l'enfant qui l'a précédé pour s'attacher au nouveau venu.

Dès 3-4 ans, l'enfant devra aider sa mère aux nombreuses tâches du ménage. Il représente pour elle un capital de travail.

Il est frappant de voir ces mères incapables de se passer de leurs enfants pour les travaux domestiques. C'est une raison importante de l'absentéisme scolaire.

L'ALCOOLISME ET LA DELINQUANCE

On ne peut évoquer les problèmes de la protection de l'enfance à la Réunion sans souligner l'importance de l'alcoolisme dans ce département.

Les enfants, en effet, souffrent et sont victimes innocentes des conduites éthyliques de leurs parents.

Le très grand nombre de chômeurs et d'inactifs en général (pensionnés, invalides), l'absence de distraction et le désoeuvrement, la promiscuité et l'insalubrité de l'habitat, mais encore la production locale d'un alcool bon marché, tous ces facteurs concourrent au développement de cette toxicomanie.

L'alcoolisme prend, à la Réunion, des proportions angoissantes.

Comme dans les autres îles tropicales plantées de cannes à sucre, le rhum est l'alcool de base. Il reste la boisson la meilleure marché.

Si le prix des denrées alimentaires a quadruplé en 10 ans, celui du rhum n'a pas été modifié durant la même période.

Le rhum est deux fois moins cher que le coca-cola, trois fois moins cher que les jus de fruits, meilleur marché que la limonade.

Un très grand nombre de vertus et d'effets lui sont attribués : "Il donne l'appétit", "il fait dormir", "il tire la fatigue de la journée", "il tire le tracas", "il rend gaillard" ou encore : "Si mi boit, moi l'est pas tant seul", "un moune y boit pas, l'est pas vivant".

Si la consommation de rhum augmente d'année en année, l'importation d'alcools d'origine métropolitaine ou étrangère est, parallèlement, en progression constante depuis les dix dernières années.

TABLEAU DE CONSOMMATIONS DES PRINCIPALES BOISSONS ALCOOLISEES (en hectolitres)

ANNEES		Rhum	Vin	Bière	Whisky Liqueur	Apéritifs	TOTAL
1954	globale	27.555	46.252	4.712	330	1.390	
	alcool pur	13.502	5.319	377	132	278	19.608
1964	globale	37.152	72.459	28.354	1.641	1.533	
	alcool pur	18.204	8.333	1.701	656	306	29.111
1968	globale	43,481	89,070	36,788		12.519	
	alcool pur	21.306	10.243	2.190	1.497	6.223	41.459

Ce tableau exprime en hectolitres, la quantité globale des différentes boissons alcoolisées consommées à la Réunion ainsi que leur contenance en alcool pur.

De 1954 à 1968, la consommation de rhum et la consommation de vin ont augmentées simultanément de 92 %.

Pendant la même période, la population réunionnaise connaissait un accroissement de 52 % seulement.

Les ventes de bières ont été multipliées par huit. Peu connue il y a 10 ans, cette boisson s'est développée de façon très importante grâce à l'implantation d'une brasserie locale.

Quant au whisky, il bat les records d'augmentation avec le chiffre de 1134 % de 1954 à 1968.

Il existe dans l'île un réseau de distribution de boissons alcoolisées particulièrement vaste.

Toutes les épiceries, les boutiques minables, si nombreuses, situées à tous les coins de rue, possèdent leur comptoir.

L'alcool est vendu au détail, la plus petite pièce de monnaie peut être échantée contre un peu de rhum ou de vin.

CONSOMMATION D'ALCOOL PUR PAR AN, PAR HABITANTS ET PAR ADULTES, EN LITRES

ANNEES	1954	1964	1968
en litres par habitants	6,96	7,47	9,64
en litres par adultes	14,88	17	21,26

Ce tableau indique les quantités moyennes d'alcool pur consommé par habitant, et surtout ce qui est plus significatif, par adulte (âgé de plus de 20 ans).

Ces chiffres de consommation d'alcool pur par adulte, montrent, d'une manière frappante la progression inquiétante de l'alcoolisme à la Réunion.

Sans doute avec 21 litres d'alcool pur par an et par adulte, la Réunion ne vient qu'au troisième rang mondial, derrière la France métropolitaine (28 litres) et l'Italie (24 litres).

Cependant, dans ce département, les complications de l'alcoolisme sont beaucoup plus fréquentes et graves.

La population réunionnaise, dans sa majorité sous-nutrie, est bien plus sensible aux effets de l'alcool.

De faibles doses d'alcool sont suffisantes pour provoquer une intoxication chez des sujets dont le régime alimentaire est déséquilibré et carencé.

Des individus en état d'ébriété se rencontrent fréquemment au hasard des rues de St Denis.

Les conséquences de l'alcoolisme sont multiples au niveau de la famille ; leurs répercussions sur les enfants sont constantes.

Cette toxicomanie dévore le budget familial. Les enfants sont privés de nourriture.

D'une manière générale, les alcooliques sont incapables de subvenir aux besoins de leur famille. Ils ne peuvent conserver longtemps leur emploi car ils sont vite renvoyés. Ils doivent aussi effectuer des séjours hospitaliers de longue durée.

Les cirrhoses, rares autrefois, sont actuellement de plus en plus fréquentes. Les femmes semblent plus touchées que les hommes, sans doute parce qu'elles boivent plus de vin que de rhum.

Les polynévrites de type alcoolo-carentiel, sont particulièrement nombreuses.

L'épilepsie est une affection courante à la Réunion. L'alcool y a sans doute une grande responsabilité.

Les complications psychiatriques de l'alcoolisme (délirium tremens, états confuso-oniriques) frappent un grand nombre.

Les éthyliques représentent aujourd'hui plus de la moitié des pensionnaires hommes de l'hôpital psychiatrique départemental.

ANNEES	HOMMES			FEMMES		
	Entrées totales	Pour alcoolisme	%	Entrées totales	Pour alcoolisme	%
1960	547	197	36 %	364	26	7,1 %
1962	673	275	40,8 %	438	33	7,5 %
1964	921	386	41,9 %	445	59	11,3 %
1966	1.072	507	47,3 %	721	91	12,6 %
1968	1.384	721	52,1 %	1.874	147	16,8 %

Privés de nourriture, les enfants d'alcooliques sont encore privés d'affection et d'éducation. Ils sont parfois battus et martyrisés. Le père, ivre, se transforme en tyran domestique, il frappe femme et enfants. Il peut aussi les mutiler.

Le sabre à cannes, espèce de machette qui sert à couper les cannes, est l'arme des Réunionnais.

Présent dans tous les foyers, il est brandi à chaque manifestation de colère.

L'inceste est fréquent.

Combien de parents alcooliques ont abandonné leurs enfants, les laissant mourir de fain, enfermés dans une case !

La Cour d'Assise de la Réunion a un programme chargé, ses sessions sont longues.

La vie sociale réunionnaise est marquée par un grand nombre de crimes, coups et blessures volontaires, violences de toute sorte.

Dans une étude reprenant tous les crimes de sang de 1960 à 1964, le

Docteur JAY a montré que sur 146 affaires, l'ivresse caractérisait l'un des deux protagonistes dans 90 cas, soit 61 %.

En 1962, il y a eu à la Réunion 25 crimes de sang, soit la moitié du chiffre de l'agglomération de Paris qui comptait alors 5 millions d'habitants.

Ceci représente un taux de 6,86 crimes de sang pour 100.000 habitants. C'est le record des départements français et des départements d'Outre-Mer (0,74 pour 100.000 en Métropole).

LE NIVEAU CULTUREL DE LA POPULATION

Si la puériculture n'est pas enseignée dans les écoles et lycées français, les jeunes mamans, par l'intermédiaire de leur mère, de la sage-femme, de la puéricultrice et du médecin traitant, apprennent rapidement les principes fondamentaux de l'hygiène et de l'alimentation du nourrisson. Sans doute, elles commettent encore beaucoup trop d'erreurs, mais leur degré d'instruction leur permet, en général, d'assimiler ces techniques simples.

Dans les pays en voie de développement, il en est tout autrement. Des croyances absurdes, le défaut de scolarisation de la majorité de la population adulte sont responsables des pratiques particulièrement néfastes pour les enfants.

Le nombre d'analphabètes est encore très important à la Réunion. Mais c'est sans doute au niveau de l'éducation que les efforts les plus importants ont été entrepris depuis la départementalisation. Certes, les succès apparaissent peu encourageants. Si aujourd'hui plus de 90 % des enfants sont scolarisés, à 16 ans, à leur sortie de l'école, tous ne savent pas lire et écrire couramment.

DEGRE D'INSTRUCTION DE LA POPULATION

Recensement d'octobre 1967
(INSEE)

Population de 15 ans et plus	Sexe masculin	Sexe féminin	Ensemble
Sait lire et écrire			
aucun diplôme	50.369	59.610	109.979
C.E.P.	5.659	7.274	12.933
B.E. B.E.P.C.	2.781	4.650	7.431
Baccalauréat B.S.	1.639	1.604	3.243
Diplôme d'ens. sup.	698	212	910
Diplôme d'ens. techn.	890	790	1.680
Diplôme non déclaré	1.029	1.001	2.030
TOTAL	63.065	75.141	138.206
Illétrés	42.504	39.975	82.479
non déclarés	3.074	2.769	5.843
ENSEMBLE	108.643	117.885	226.528

Comment apprendre à préparer un biberon à une femme qui ne sait ni lire, ni écrire, ni même compter ?

Parmi les femmes qui fréquentent les dispensaires de la P.M.I., 90 % environ sont incapables de comprendre et de retenir la dilution du lait pour la constitution des biberons. Le : "Une mesure pour trente grammes d'eau" dépasse leurs capacités intellectuelles. Elles ne savent pas diviser par trois.

Chaque femme, avant de montrer son enfant au médecin de P.M.I., reçoit l'enseignement d'une sage-femme et d'une auxiliaire de puériculture. Ces deux personnes lui expliquent et lui indiquent la façon de composer les biberons pour son bébé. Lorsqu'à notre tour, nous interrogeons la maman pour vérifier si elle a bien retenu sa leçon, nous nous apercevons que si elle est capable de montrer sur un biberon la quantité d'eau nécessaire pour la préparation d'un repas, elle a oublié par contre le nombre de cuillers de lait qu'il faut y ajouter. Il lui est bien difficile de retenir ce chiffre, et le plus souvent elle établit sa dilution au hasard.

Le domaine de la médecine préventive ne doit pas se limiter au dépistage. Le médecin de P.M.I. et toute son équipe sont aussi des éducateurs. Cette fonction d'éducation trop souvent négligée, doit être particulièrement importante dans un département comme la Réunion.

Il est essentiel de connaitre le niveau d'instruction des mères de familles pour réaliser un enseignement efficace. Une démonstration est souvent plus utile que tous les discours.

QUELQUES EXEMPLES DE FAMILLES

Famille P. de la Ressource

Mère : née le 6/31, 42 ans
Père : " " 7/28, 45 ans, sans travail, épileptique, alcoolique, séjours fréquents à l'hôpital psychiatrique.

Mariage : Le 3/49 soit respectivement à 18 et 21 ans.

Enfants :

Marie-Edwige	née le 11/49,	décédée le 12/52 à 3 ans
Marie-Andréa	" " 11/50,	" " 3/53 à 2 ans 4 mois
Marie-Clotilde	" " 12/51	" " 6/53 à 19 mois
Sylvestre	" "2/1/53	" "6/1/53 à 4 jours
Reine-Marie	" " 7/54	
Marie-Georgette	" " 2/56	
Joseph-Martial	" " 8/57	
Marie-Iris	" " 12/58	
Jean-Claude	" " 6/60	" " 1/62 à 19 mois
Marie-Ginette	" " 9/61	" " 12/61 à 3 mois
Marie-Sylvette	" " 7/64	
Marie-Gisèle	" " 7/65	
Marie-Sheila	" " 3/67	
Marie-Janine	" " 7/69	
Philippe	" " 7/72	
Sylvie-Marie	" " 6/73	

Cette femme de 45 ans a mené à terme 16 grossesses, et a perdu 6 enfants en bas âge. Elle a présenté par ailleurs 5 fausses-couches.

Le travail de l'aînée des enfants est la seule source de revenus de la famille : Reine-Marie est employée de maison, elle apporte 16.000 francs par mois. La famille ne touche pas d'allocations familiales.

Logement : Case en tôle, 2 pièces, 3 lits, sol en terre battue, pas d'eau, W.C. nature.

Famille R. de Domenjod

Mère-célibataire née le 6/43

9 enfants :

Catherine	née le	5/63	
Eric	"	" 6/64	
David	"	" 6/65	
Olivier	"	" 12/67	Poids à 5 ans 4 mois : 13 kg
Simon	"	" 1/69	" " 4 ans 4 mois : 14 kg
François	"	" 4/70	" " 3 ans ..... : 11 kg
Frédéric	"	" 1/72	" " 1 an 4 mois : 7 kg 500
Samuel	"	" 3/73	" 3 mois ..... : 3 kg 900

Depuis l'âge de 19 ans, cette femme a pratiquement un enfant par an. Elle vit seule et n'a toujours eu que des amants d'une nuit.
Pour survivre, elle lave épisodiquement des draps et du linge appartenant à des particuliers. Ce travail irrégulier lui rapporte environ 5.000 F CFA par mois.

Cette famille habite dans une case en bois et tôle, de trois pièces. Le sol est bétonné, mais il y a ni eau, ni W.C., ni électricité. Le loyer est de 1.500 F CFA par mois.

Les enfants ont tous fait des séjours hospitaliers. Leur état nutritionnel s'aggrave à mesure que croît leur nombre.

Il n'y a aucune raison pour que cette femme cesse de faire des enfants. Elle refuse d'aller aux consultations des centres d'Orientation Familiale. Il faudrait la payer pour cela.

Famille C. de La Ressource

Mère née le 9/41

Cette femme a eu 6 enfants avec 4 concubins différents.

Jean-René né le 9/58 est le fruit de la première union. Le père est partie avec l'enfant et la mère a perdu sa trace.
Jean-Alain né le 4/60.
Jean-Thierry né le 5/62. Ces deux enfants sont de la deuxième union.
Jean-Alain a été abandonné et recueilli par une femme de St Benoit.
Thierry est décédé en bas âge.
Jean-Antoine né le 8/64 et
Jean-Patrick " " 7/66 sont de la troisième union.
Patrick a été abandonné et recueilli à l'âge de six ans, par une voisine. Cet enfant est dans un triste état, tuberculeux.
Georget né le 8/72 est le fils du dernier amant.

Cette mère "exemplaire" a gardé Jean-Antoine auprès d'elle. Ce garçon de 7 ans peut surveiller le bébé et remplir bien des tâches domestiques.

Famille I. de Sainte Suzanne

Mère née le 1/42
Père né le 8/42
Couple en concubinage.

Enfants :

Marie-Nathalie	née le 7/65	
Marie-Noëlle	" "12/66	
Marie-Jasmaine	" " 7/68	Poids à 4 ans 10 mois : 10 kg 800
Marie-Nicouse	" " 8/69	Poids à 3 ans 9 mois : 9 kg 300
Marie-Roselyne	" "10/70	" " 2 ans 3 mois : 8 kg 400
Jean-Louis	" " 9/71	" " 19 mois : 7 kg 600
Jean-Gildas	" 11/72	" " 7 mois : 5 kg 900

Le père est ouvrier du bâtiment, il est déclaré. Son travail et ses salaires sont très réguliers. Il gagne 32.000 F CFA par mois et touche 19.000 F CFA d'allocation familiale.

Leur case est en éléments préfabriqués, elle a 4 pièces et l'électricité. L'eau et les W.C. sont à l'extérieur.

Le couple est uni, les enfants sont propres mais sous-nutris.

La mère ne sait pas nourrir ses enfants avec un budget relativement élevé pour les habitants de la Réunion.

Famille V. de Rivière des Pluies

Mère née en 1930
Pères concubins.

Enfants reconnus par le premier concubin :

Micheline née en 1950
Axel né en 1954
Olga née en 1957

De père inconnu :

Marie-Andrée née en 1958

Enfants nés d'un nouvel amant :

Jean-Michel né en 1959
Jean-Edmond né en 1960, décédé en bas âge
Marie-Nadège née en 1962, décédée en bas âge
Jean-Christian né en 1963
Jean-Christophe né en 1966

Jean-Marc né en 1968
Jean-Patrick né en 1969
Jean-François né en 1971

Après la naissance de Jean-François, le dernier amant est parti.

Micheline est placée au foyer des pupilles.

Axel, âgé de 18 ans, fait vivre sa famille en fabriquant et vendant des "fangeants" (troncs de fougères arborescentes, évidés, servant de pots de fleurs). Il gagne de 2.000 à 3.000 F CFA par mois pour 10 personnes.

L'état de santé de ses frères et soeurs est lamentable. Ils sont géophages.

La famille vit dans 5 pièces d'une case en tôle avec un sol en terre battue. Pas d'eau, pas de sanitaire, pas d'électricité.

QUATRIEME PARTIE : LA PROTECTION DE LA MERE

- La mortalité périnatale.
- Pathologie de la grossesse et pathologie néonatale particulières à la Réunion.
- Valeur des examens prénataux effectués chez le praticien.
- L'accouchement à domicile.
- L'équipement sanitaire en obstétrique.
- L'action de la P.M.I.

LA MORTALITE PERINATALE

La mortalité périnatale est un bon reflet de la situation sanitaire du département dans le domaine de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

Son taux se compose des morts foetales tardives survenant vingt-huit semaines ou plus après le début de la gestation, et des décès d'enfants nés vivants apparaissant dans la semaine qui suit la naissance. Il est à la Réunion l'un des plus élevé du monde. D'après une statistique de l'Organisation Mondiale de la Santé portant sur 57 pays et territoires, la Réunion se plaçait en 1965 au troisième rang derrière l'île Maurice et la Gambie.

En 1972, le taux de mortalité périnatale atteint le chiffre de 70 pour 1.000 naissances vivantes.

	REUNION		METROPOLE
Morts foetales tardives	40 ‰	(chiffre de la métropole en 1922)	20 ‰
Mortalité néo-natale	30 ‰	(chiffre de la métropole en 1930)	10 à 14 ‰

Les raisons qui déterminent une telle mortalité périnatale sont multiples. Elles sont surtout liées, comme nous allons le voir, aux conditions de vie socio-économiques des habitants de ce pays, et aux carences de l'équipement hospitalier et du personnel médical.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE ET PATHOLOGIE NEO-NATALE PARTICULIERES A LA REUNION

Les problèmes de la surveillance de la maternité ne sont pas identiques en métropole et à la Réunion. Les facteurs qui influent défavorablement sur le déroulement et l'issue de la grossesse sont multiples, complexes, mais certains sont particuliers ou prédominants dans ce département d'outre-mer.

Le niveau socio-économique particulièrement bas de ce pays, le mauvais état de santé physique et mentale des femmes en âge de procréer compromettent gravement le développement des foetus. Un milieu favorable, de bonnes conditions d'hygiène et de vie sont en effet indispensables à une bonne gestation.

La majorité de la population réunionnaise souffre de malnutrition et est atteinte d'anémie ferriprive. Les femmes enceintes ne sont pas épargnées, elles sont au contraire particulièrement éprouvées par ces affections. Leur déficience physique a une action néfaste sur la croissance du foetus et le poids de l'enfant à la naissance.

L'insuffisance pondérale à la naissance représente une des principales causes de mortalité et morbidité néo-natales précoces. D'après JOURDAIN, le poids moyen du nouveau-né réunionnais est de 2,940 kg contre 3,270 en métropole (1967). Mais son étude ne porte que sur 263 enfants de la maternité du centre hospitalier départemental, et les prématurés ont été exclus de cette statistique. Ce chiffre est sans doute bien au-dessus de la réalité. La majorité des accouchements ayant lieu à domicile et les enfants n'étant pas pesés à la naissance, il est bien difficile d'établir un poids de naissance moyen pour la Réunion.

Les carences protéïno-caloriques et vitaminiques, l'anémie nutritionnelle sont encore aggravées par les grossesses itératives qui chaque année épuisent davantage l'organisme de la mère, et aboutissent à la mise au monde d'enfants dysmatures, souffrant de carence martiale précoce.

Le taux très élevé de natalité traduit la grande multiparité des femmes créoles. Durant la période 1963-67, la descendance moyenne d'une femme réunionnaise était de 6,57 enfants (INSEE). Les femmes qui ont présenté plus de dix gestations sont excessivement nombreuses. Les promotions de médaillées lors de la fête des mères sont importantes. Nous connaissons dans notre secteur une femme qui a mené à terme vingt-deux grossesses.

La haute parité, par les dilatations répétées du col de l'utérus favorise aussi un travail précoce et l'expulsion avant terme du foetus. D'une manière générale, elle influe défavorablement sur la qualité du travail, des contractions, et le déroulement global de l'accouchement.

Les mères de familles nombreuses n'ont pas de repos. Elles ne peuvent abandonner ou restreindre leurs tâches ménagères en fin de gestation. Les enfants se suivent. Le petit dernier n'a pas encore un an quand sa mère accouche à nouveau. Il a encore grand besoin de sa maman.

Le travail continu de la mère jusqu'à un âge avancé de la grossesse est à l'origine d'accouchements prématurés.

Un espacement des naissances peut être un facteur d'abaissement du taux de mortalité périnatale.

La tuberculose et la syphilis, maladie très courante dans les milieux défavorisés compromettent sérieusement le sort du foetus.

Si on additionne tous les cas de tuberculose déclarés entre 1962 et 1970, en tenant compte, aussi bien des tuberculoses tertiaires et secondaires que des primo-infections, on obtient une moyenne par année de 1.150 nouveaux malades. Le taux de morbidité en 1970 est de 2,6 ‰. Ces chiffres sont très inférieurs à la réalité, car on sait qu'un bon nombre de cas ne sont pas déclarés.

Les maladies vénériennes sont en pleine recrudescence à la Réunion. La direction de l'Action Sanitaire et Sociale signale 391 cas nouveaux en 1972 contre 355 en 1971. Là encore, le nombre de malades vénériens est beaucoup plus important que les statistiques officielles le laissent paraître. La majorité des signalements de syphilis provient de la P.M.I. et du poste de transfusion sanguine. Les déclarations effectuées par les médecins de pratique libérale sont bien peu nombreuses.

Le manque d'hygiène, les infections génitales très fréquentes retentissent sur l'évolution périnatale. Le nouveau-né peut être contaminé au cours du travail et de la délivrance. Cela se produit à la suite d'une rupture prématurée des membranes, d'un travail prolongé, ou d'une manipulation obstétricale. L'enfant peut être directement infecté lors du passage dans le conduit génital.

Une fois mis au monde, il est exposé à la contamination par le milieu, la famille qui ignore non seulement tout de l'asepsie mais plus simplement de la propreté. Les cas de méningites néonatales qui résultent d'une infection subie pendant ou après l'accouchement ne sont pas rares. Le tétanos néo-natal représente un tiers des tétanos déclarés dans le département (27 cas de tétanos en 1970).

L'infection, la contamination du foetus intra-partum et post-partum constitue le risque néo-natal le plus grand à la Réunion.

Les structures familiales très lâches, le nombre important de naissances illégitimes (24 % en 1970), le niveau d'instruction très bas des mères, contribuent au développement de la mortalité périnatale. On sait, en effet qu'il existe une relation statistique défavorable entre grossesses hors mariage et mortalité périnatale.

La consanguinité dans ce petit territoire insulaire, les mariages entre cousins germains dans les hameaux isolés des cirques sont responsables de la prolifération des malformations congénitales et des maladies métaboliques héréditaires.

La fertilité jusqu'à un âge avancé des femmes créoles, le fait qu'elles mettent fréquemment encore au monde des enfants à cinquante ans favorisent aussi les anomalies chromosomiques.

Enfin, en raison du contexte ethnique, les hémoglobinopathies telles que la drépanocytose revêtent une importance certaine à la Réunion.

VALEUR DES EXAMENS PRENATAUX EFFECTUES CHEZ LE PRATICIEN.

Compte-tenu de tous les facteurs économiques, sociaux, culturels, insulaires, ethniques, la maternité demande dans ce département une surveillance médicale et des soins particulièrement attentifs.

Malheureusement, en raison de l'inconscience des mères, de l'insouciance et parfois de la malhonnêté du corps médical, mais aussi de l'insuffisance et des particularités des structures sanitaires et sociales de l'île, les examens prénataux sont généralement effectués de la manière la plus fantaisiste, et l'accouchement se déroule le plus souvent à domicile dans des conditions lamentables.

Les Réunionnaises n'ont pas toujours conscience de l'importance des examens prénataux. Leur niveau culturel très bas ne leur permet pas de comprendre l'utilité d'un groupage et d'une sérologie. Aucun avantage matériel les incite à faire suivre correctement leur grossesse.
Contrairement à la Métropole, et dans le but de restreindre l'accroissement démographique, les allocations prénatales et les primes à la naissance n'existent pas à la Réunion. L'absence d'un ou de plusieurs examens obligatoires au cours de la gestation ne peut donc être suivie de sanction pécuniaire.

Les femmes de l'hexagone, quant à elles, connaissent bien la liste des examens auxquels elles doivent se soumettre pour bénéficier de tous les avantages financiers distribués par la sécurité sociale.

Moins généreuse, la sécurité sociale de la Réunion n'a aucun moyen de pression sur ses assurées. Il en est de même pour l'Aide Médicale Gratuite.

Cependant dans ce département, les femmes ne sont pas seules à être négligentes. Et si elles peuvent être excusables, le corps médical lui ne l'est pas.

En effet, les examens prénataux pratiqués par les médecins libéraux sont rarement effectués correctement. Le praticien oublie le plus souvent de demander une radiographie pulmonaire, un groupage sanguin et une sérologie. La patiente ne réclame pas, la non-exécution de ces examens obligatoires n'aura pas d'incidence sur son porte-monnaie. Il arrive parfois que le médecin ne prenne jamais la tension et ne réalise aucun examen d'urine.

Sa consultation peut se limiter à signer le carnet de maternité et à en extraire la feuille relative à ses honoraires, lorsque la gestante est assurée sociale. Il est d'usage dans ce pays que le praticien conserve ce car-

net chez lui. La femme le lui remet dès qu'elle le reçoit après sa déclaration de grossesse. Ainsi, elle n'est pas tentée de distribuer les précieux bordereaux à d'autres médecins. Une fois en possession de ce document, notre confrère n'invite plus sa cliente à venir se présenter expressément à son cabinet selon le calendrier établi. Il peut remplir tout seul les pages du carnet, et de cette façon, toucher les honoraires des organismes sociaux sans pratiquer d'examens.

En ce qui concerne la surveillance des nourrissons, la pratique est absolument identique. La Sécurité Sociale est parfaitement consciente de ce problème. Mais elle n'a pas trouvé actuellement le moyen de faire cesser cet état de fait.

Pour la majorité des médecins de la Réunion, la médecine consiste à voir 60 à 100 malades par jour sans qu'aucun diagnostic précis ne soit posé, et sans même que les malades soient examinés. Nos confrères locaux sont habitués à rédiger de longues ordonnances de médications purement symptômatiques. Ils sont intégrés dans un système colonial aux grandes facilités et ne pensent qu'à la notion de profit.

Les examens prénataux et la médecine préventive en général ne sont pas du tout du ressort de ces distributeurs d'ordonnances. L'argent, le franc CFA en particulier, est le plus souvent l'unique mobile de leur installation temporaire dans ce département d'outre-mer. La plupart des médecins qui s'installent à la Réunion ne se fixent pas définitivement dans le pays. Ils repartent au bout de quelques années (trois à dix ans), dès qu'ils ont constitué le capital qu'ils s'étaient fixés au départ.

La grande misère physique et morale des habitants de l'île d'un côté, la Sécurité Sociale et l'Aide Médicale Gratuite généralisée d'un autre sont pour eux une source de revenus sans borne.

"Incompétence grave, ignorance inacceptable, malhonnêté scandaleuse" telles sont les qualifications attribuées par DURIEUX à une grande partie du corps médical réunionnais.

Le manque de conscience professionnelle de certains médecins, l'absence des examens prénataux obligatoires maintes fois constatés, sont à l'origine d'un grand nombre de morts foetales tardives et d'affections néo-natales qui auraient pu aisément être évitées.

Il nous a été donné d'observer au cours de notre expérience de P.M.I. plusieurs cas de syphilis congénitale et une tuberculose chez un nourrisson par contamination maternelle. Notre fréquentation des hôpitaux et cliniques nous a permis aussi de prendre connaissance de plusieurs observations d'accidents hémolytiques par incompatibilité rhésus, imprévus et tragiques.

L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE

Les femmes réunionnaises, particulièrement mal suivies au cours de leurs grossesses, accouchent encore aujourd'hui comme au début de la colonisation de l'île.

Sur un total de 222 naissances que nous avons recensées dans notre secteur au cours des sept premiers mois de l'année 1973, 114 ont eu lieu à domicile contre 108 seulement dans les différentes maternités : maternité du Centre Hospitalier Départemental, maternité de la Clinique Sainte Clotilde, et les maternités rurales de Saint André et de Saint Benoit.

S'il n'existe aucune statistique officielle globale pour tout le département, il semble, conformément à nos résultats que plus de la moitié des accouchements ait lieu à domicile. Certains pédiatres, se basant sur les remboursement de la Sécurité Sociale, avancent même le chiffre de deux tiers.

Alors que la pratique de l'accouchement à domicile a presque totalement disparu en France métropolitaine, comment expliquer sa fréquence ici ?

Le développement de l'équipement et des structures hospitalières, l'humanisation des hôpitaux constituent des faits récents dans ce département. La population garde en mémoire le souvenir des hôpitaux coloniaux d'il y a vingt ans où l'on se rendait uniquement pour mourir. Les Réunionnaises ne voient pas la nécessité d'accoucher dans un lieu qui les effraye. Elles continuent de mettre au monde leurs enfants, comme leurs mères, dans leurs "cases" sordides situées parfois à plusieurs kilomètres du point d'eau le plus proche.

La capacité des maternités reste de toute façon très insuffisante. 289 lits de maternité en 1972 pour 13.740 naissances.

Accablées par les maternités successives, les mères créoles ne peuvent aussi abandonner leur foyer pour accoucher en milieu hospitalier. Qui, en effet, va s'occuper des enfants ?

Le père, mari ou amant, quand il existe, en est bien incapable. Lorsqu'il travaille pour subvenir aux besoins de sa famille, il ne peut assurer la surveillance et les soins des jeunes enfants durant la journée. Quand il est chômeur ou inactif, il s'agit, le plus souvent d'un homme irresponsable, absent continuellement du foyer, physiquement ou moralement. Enfin, si c'est un alcoolique, il est dangereux pour les enfants, et, au contraire il faudra les protéger contre lui.

La longue période de fertilité des femmes réunionnaises (de 14 à 50 ans) explique aussi leur difficulté à s'entraider mutuellement. Mères et filles accouchent souvent en même temps. Le nombre de femmes adultes, dépourvues d'enfants en bas âge, et capables d'assurer les soins de ceux des autres, est assez restreint. Les grands-mères sont vite submergées par le nombre considérable de leurs petits-enfants.

Les médecins libéraux de l'île ne luttent pas contre la pratique dangereuse de l'accouchement à domicile, bien au contraire, ils l'encouragent. Les forfaits d'accouchements représentent pour eux la plus grande partie de leurs honoraires. Là encore, leur rôle se borne parfois à signer la feuille de Sécurité Sociale ou d'A.M.G. Il est de notoriété publique que certains confrères emploient des sages-femmes ou même des matrones pour effectuer le travail à leur place. La population trouve cela normal. Personne ne proteste. Les malades ignorent d'une certaine façon les gains du médecin et ne peuvent rien exiger de lui car ils ne le payent pas. En effet, le système du tiers payant est pratiquement généralisé dans ce département. Le médecin est rémunéré selon ses actes, ou, dans certains villages, au forfait, directement par la Sécurité Sociale et la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale pour l'Aide Médicale Gratuite.

Les conditions de l'accouchement à domicile, à la Réunion, sont épouvantables. Il est difficile pour un Européen, habitué au confort de l'eau courante et de l'électricité, de les imaginer. Elles ne peuvent être comparées avec celles d'un pays comme la Hollande où seules les femmes présentant des grossesses à risques sont hospitalisées. Les enfants viennent au monde dans un environnement particulièrement hostile au milieu de la saleté, des insectes, des poules et des chiens. La température ambiante est de 38° pendant la saison chaude. La femme accouche dans l'unique pièce de l'habitation familiale, un linge est tendu entre deux chaises pour l'isoler et la protéger des regards des enfants.

Le médecin, lorsqu'il arrive au bon moment et quand il ne délègue pas ses pouvoir à une autre personne, est dépourvu de tout matériel de réanimation. Il n'a même pas de quoi se laver les mains. Il n'est aussi, il faut bien le dire, pas toujours compétent en obstétrique. Les forceps sont appliqués "larga manu". Le département ne compte que deux obstétriciens qualifiés qui opèrent au centre hospitalier et dans des cliniques privées.

Certaines sages-femmes titulaires du diplôme d'état, formées à l'école de Saint-Denis, constituent de véritables dangers. L'enseignement de cet établissement est totalement inorganisé. Les élèves se forment sur le tas. Il n'y a aucune sélection. Toutes les étudiantes réussissent leurs examens.

Quelques femmes, convaincues de la nécessité d'accoucher dans un lieu propre, avec la présence effective d'un médecin, mettent leurs enfants au monde au cabinet du praticien. Il est impressionnant de voir avec quel courage elles se rendent à pieds chez leur médecin-traitant, à un stade déjà avancé du travail. La délivrance terminée, elles repartent aussitôt chez elles avec leur bébé dans les bras.

La mortinatalité est très importante.

NES VIVANTS ET MORT-NES SELON LE SIGNE DE VIE

Période 1963-1967

	Nombre	%
Nés vivants	82.728	95,0
Mort-nés :		
ayant respiré	597	0,6
n'ayant pas respiré	3.285	3,8
sans indication	542	0,6
Total des mort-nés	4.424	5,0
Total nés vivants et mort-nés	87.152	100

En Métropole, la proportion totale des mort-nés était en 1968 de 1,8 % et en Martinique en 1963-67 de 3,8 %.

Mais les statistiques de l'INSEE ne nous renseignent pas sur le nombre d'infirmes moteur-cérébraux secondaires à une anoxie néo-natale. Il serait, en effet, beaucoup plus intéressant de connaitre ce chiffre à la place de celui des mort-nés.

Les très nombreux débiles psycho-moteurs représentent une charge écrasante pour les familles et la société. A chacune de nos consultations de P.M.I., nous avions notre lot d'handicapés. Si la page du carnet de santé de ces derniers, réservée aux circonstances de l'accouchement et de la naissance, restait blanche, l'interrogatoire des mamans nous révélait régulièrement que ces pauvres enfants étaient nés en état de mort apparente. Le médecin, la sage-femme, ou la matrone avait dû les frapper, les bercer, les arroser d'alcool longuement avant d'obtenir un faible cri.

L'EQUIPEMENT SANITAIRE EN OBSTETRIQUE

I - ETABLISSEMENTS PUBLICS :

	Nombre de lits	Séjour moyen	Coefficient d'occupation
Maternité du CHD	42	7	0,88
Maternité de l'hôpital St Pierre	25	7	0,87
Maternité de l'hôpital St Joseph	21	7	0,36
Maternité de l'hôpital St Paul	27	11	0,78
Hôpitaux ruraux de :			
St Benoit (Matern.)	18	5	0,78
St Louis (Matern.)	22	9	0,76
St André (Matern.)	18	9	0,92
Le Port (Matern.)	26	6	0,91
Cilaos (Matern.)	8	6	0,24

II - ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF :

	Nombre de lits	Séjour moyen	Coefficient d'occupation
Maternité de la Clinique Ste Clotilde à St Denis	23	6	0,82
Maternité de la Clinique Lamarque à St Denis	14	6	1,14
Maternité de la Clinique Hoareau à St Pierre	10	10	1,26

TOTAL DES LITS : 289 lits

N.B. Le coefficient d'occupation ne doit pas, dans les normes, dépasser 0,80.

Le nombre de lits de maternité est très insuffisant : environ 300 pour 14.000 naissances annuelles.

Par ailleurs, seule la maternité du centre hospitalier départemental parait correctement équipée. Mais si le dépistage de la souffrance foetale peut y être réalisé de manière efficace, la réanimation néonatale est peu active en raison de l'absence de personnel compétent en particulier la nuit. Il serait pourtant aisé de remédier à cette carence. Les internes de pédiatrie ne sont jamais appelés à la maternité durant leurs gardes. La maternité et le service de pédiatrie, fort éloignés semblent s'ignorer.

La surveillance des nouveaux-nés est assurée par un médecin généraliste de ville, compétent en pédiatrie, qui a dans le service le statut d'attaché. Ce praticien ne peut en aucune manière assurer les urgences.

Les maternités rurales, quant à elles, sont dépourvues de tout matériel de réanimation. Les accouchements, en l'absence du médecin traitant, ne sont pas toujours effectués par des sages-femmes qualifiées.

Dans une maternité privée dont nous tairons le nom, nous avons vu une boîte stérile sur laquelle était inscrit le mot réanimation. Mais à l'intérieur de ce coffret, nous avons trouvé un matériel disparate réservé à un tout autre usage. La présence de cette boîte en salle de travail est destinée aux contrôleurs de la sécurité sociale.

L'ACTION DE LA P.M.I.

Dans chaque dispensaire de P.M.I., il y a, au moins une fois par mois, une consultation pré et post-natale. Dans les grands centres, ces consultations sont hebdomadaires.

Elles sont assurées, en principe, par le médecin de P.M.I., à défaut par la sage-femme.

FREQUENTATION DES CONSULTATIONS

(tableau récapitulatif)

CONSULTATIONS PRE- ET POST-NATALES

	1967	1968	1969	1970	1971	1972
Nombre de consultations	1.815	1.969	1.853	1.976	1.768	1.598
Nouvelles inscriptions dans l'année	5.342	4.521	4.012	3.656	3.484	2.875
Nombre total d'examens prénataux ...	14.535	11.769	10.826	9.413	9.333	8.568
Nombre d'examens post-nataux	4.479	4.536	5.006	4.584	4.041	3.821
Nombre total d'examens pré et post-nataux	19.014	16.305	15.382	13.997	13.374	12.389

En 1972, 13.740 naissances ont été déclarées. Médecins et sage-femmes de la P.M.I. ont surveillé durant cette année l'évolution de la grossesse de 3.000 femmes environ soit moins d'une grossesse sur quatre.

Le nombre de femmes enceintes qui fréquentent les consultations décroît tous les ans de manière considérable. Cette diminution est semble-t-il

parallèle au nombre de nouveaux médecins libéraux installés dans l'île.

En	1960	1965	1970	1972	
Il y avait	97	127	173	224	médecins dans l'île dont
				164	de pratique libérale.

La pratique désastreuse et parfois scandaleuse de l'accouchement à domicile est, nous l'avons vu, très répandue à la Réunion. Aussi, les femmes préfèrent faire suivre leurs grossesses par le médecin ou la sage-femme qui les accouchera. La consultation de P.M.I., d'autre part, ne les dispense pas de se rendre chez leur médecin traitant. En effet, le médecin de P.M.I., fonctionnaire n'ayant pas le droit de prescrire, est constamment obligé d'adresser ses patientes à ses confrères libéraux. Il ne peut faire autrement pour traiter les infections vaginales, urinaires et les anémies, affections si fréquentes.

Notre expérience dans le domaine de la protection maternelle est très limitée. En ce qui concerne notre secteur, un nombre très restreint de gestantes nous ont demandé de surveiller l'évolution de leur grossesse. Il s'agissait surtout de femmes des "hauts" : de La Ressource, de Bagatelle, de Deux Rives, demeurant plus près du dispensaire que du cabinet médical le plus proche. Par contre, à Sainte Marie où il y a aujourd'hui deux médecins, aucune femme ne s'est présentée au dispensaire. A Domenjod, nous avons pris l'habitude de remplacer la consultation mensuelle par une séance de vaccination B.C.G. des enfants.

Il est très regrettable que si peu de femmes se présentent aux dispensaires lors des consultations prénatales. Car, contrairement à ce qui se passe en ville, tous les examens prévus par la législation sont effectués ou prescrits dans les centres de P.M.I.

Les sérologies sont faites systématiquement à chaque femme enceinte, dès le troisième mois, ainsi que la recherche du groupe sanguin et du rhésus, si cela n'a pas déjà été fait lors d'une grossesse antérieure. Les prélèvements sanguins pour ces examens biologiques ont lieu sur place. Ils sont emportés au laboratoire ou au centre de transfusion sanguine le plus rapidement possible par le chauffeur du secteur. Les résultats sont communiqués dans la semaine qui suit.

	1970	1971
- Nombre de sérologies faites	3.584	3.102
- Nombre de sérologies positives	131	111
soit un pourcentage de	3,6	3,57
- Nombre de groupes sanguins déterminés	1.570	1.527
- Nombre de contrôles effectués	1.155	1.285
- Nombre de rhésus négatifs	85	94
- Nombre de dosages d'agglutinines	91	311

Toute sérologie positive est signalée au médecin du dispensaire antivénérien-antilépreux qui prend la malade en charge pour le traitement. Tous les soins prescrits par le médecin du dispensaire antivénérien, soit aux femmes enceintes venant de nos services, soit à n'importe quel autre malade, sont assurés par les sages-femmes des centres de P.M.I.. Les médicaments et les soins sont entièrement gratuits. Les sages-femmes s'assurent de la régularité des injections, elles signalent à l'assistante sociale les retardataires, et les récalcitrants.

En ce qui concerne la radiographie du sixième mois, la gestante reçoit une convocation aux lieu, jour et heures de passage du camio radio-photo dans le village de son domicile. Malheureusement, ce camion est très souvent en panne. Les radios-photos sont interprétées par n'importe qui, elles sont constamment négatives, toujours libellées : I.T.N. (image thoracique normale). Les résultats rigoureusement constants nous parviennent parfois avec trois mois de retard.

Depuis 1970, le service de P.M.I. vaccine les femmes enceintes contre le tétanos, afin de les protéger elles-mêmes et d'assurer à l'enfant une immunité passive dans les premières semaines de son existence. Cela ne permet pas pourtant d'espérer une réelle diminution des décès par tétanos ombilicaux, puisqu'un petit nombre seulement de femmes enceintes fréquent la P.M.I. (aucune femme suivie en P.M.I. n'a eu d'enfants présentant un tétanos ombilical)

Lorsque la femme accouche en milieu hospitalier, nous adressons à l'avance au médecin-accoucheur les résultats des examens obstétricaux et biologiques. Mais bien souvent les gestantes viennent irrégulièrement au dispensaire, elles oublient une ou plusieurs consultations. Elles mettent au monde leurs enfants "à la case" contrairement aux promesses faites. Le praticien, lorsqu'il y en a un, a été prévenu au dernier moment. Il n'a pas eu connaissance des examens effectués en P.M.I. Notre travail dans ce cas a été en grande partie inutile.

L'action de la P.M.I. dans le domaine de la protection maternelle est restreinte, sans rapport avec ses moyens. Elle a surtout le mérite de prévenir la syphilis congénitale. Nous effectuons aussi une propagande constante en faveur de l'accouchement en milieu hospitalier, et conseillons aux femmes de consulter les centres d'orientation familiale pour limiter et espacer leurs naissances.

CINQUIEME PARTIE : LA PROTECTION INFANTILE

- La mortalité infantile.
- L'allaitement.
- Les farines.
- L'alimentation.
- La malnutrition et les maladies de carence.
- Les parasitoses entérales.
- La gale et les dermatoses.
- Les vaccinations : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique, anticoqueluche, antivariolique.
- Le B.C.G. et les problèmes du dépistage de la tuberculose.
- L'équipement sanitaire en pédiatrie.

LA MORTALITE INFANTILE

La mortalité infantile est en régression constante depuis la départementalisation.

Le taux de mortalité baisse régulièrement tous les ans : de 164 ‰ en 1951, il est tombé en 1971 à 43,3 ‰.

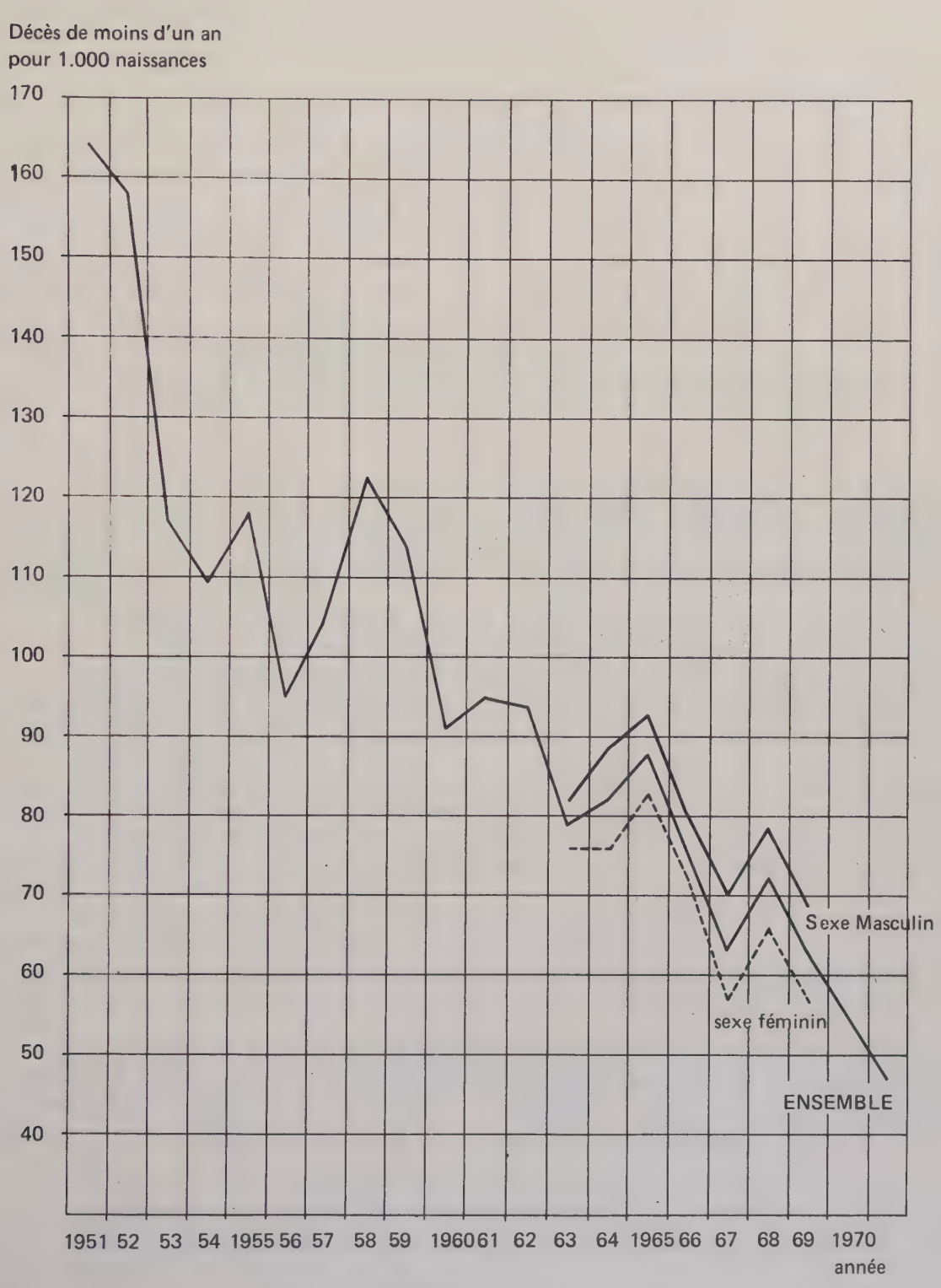
Des progrès considérables ont été réalisés en 20 ans.

Cependant la mortalité infantile à la Réunion est encore beaucoup trop importante. Son taux reste 3 fois plus élevé qu'en métropole (17 ‰)

TABLEAU COMPARATIF DES CAUSES DE MORTALITE INFANTILE

	1968	1969	1970	1971
Tuberculose, toutes formes	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	0	2
Rougeole	0	0	0	2
Autres maladies infectieuses et parasitaires	41	57	42	38
Méningite, encéphalite, encéphalopathie	17	15	12	22
Otite, mastoïdite	1	1	0	0
Grippe	3	9	8	4
Pneumonie, bronchopneumonie	34	24	11	16
Gastro-entérite	66	71	61	39
Malformations congénitales	55	62	48	54
Lésions obstétricales	32	17	24	18
Asphyxie	2	7	8	44
Prématurité, débilité congénitale ..	173	137	136	135
Toxicose infantile	208	177	91	53
Autres maladies	294	362	220	195
Accidents et autres morts violentes	15	4	11	3
TOTAL	941	945	673	625

La prématurité, la débilité congénitale représentent la principale cause des décès. Il faut remarquer aussi l'importance de la toxicose infantile, des maladies infectieuses et parasitaires, des méningites et encéphalites. On est enfin frappé par le grand nombre d'asphyxies, et de malformations congénitales.



TAUX DE MORTALITE RECTIFIE DE 1951 à 1971 (TAUX PAR SEXE de 1963 à 1969)

L'ALLAITEMENT

Il est difficile de chiffrer en pourcentage le nombre de nourrissons totalement ou partiellement au sein pour l'ensemble de la Réunion.

Il semble, par contre, aisé d'établir véritablement la carte de la répartition de l'allaitement maternel dans l'île.

En effet, il ressort de notre travail que la fréquence de cette pratique est très variable selon les différents points du département.

Dans le cirque de Mafate, nous avons pu constater que 100 % des mamans donnent ou ont donné le sein à leurs bébés. Il s'agit d'une population très peu gagnée par la civilisation industrielle. Les communications particulièrement difficiles, l'absence de route, interdisent la pénétration de produits manufacturés.

Les mêmes raisons expliquent la grande fréquence de l'allaitement maternel dans les "hauts" et dans toutes les régions montagneuses.

20 % seulement des nouveaux-nés sont entièrement nourris artificiellement à Grand Moka et à la Confiance. Ce chiffre croît progressivement à mesure que l'on descend en altitude pour atteindre 60 % et même parfois 80 % dans les villes du littoral.

Ce phénomène est scandaleux, il montre de façon éclatante l'influence néfaste de la civilisation de consommation.

Certes, le lait maternel, par ses qualités biochimiques et ses propriétés immunologiques, est incontestablement supérieur au lait de vaches et à tous les laits humanisés en général.

Sans doute aussi, les influences bénéfiques de la méthode naturelle sur la relation mère-enfant apparaissent aujourd'hui certaines.

Mais à tous ces avantages de l'allaitement naturel, bien connus dans les pays développés, il faut en ajouter un très grand nombre d'autres à la Réunion.

Dans ce pays tropical, au niveau économique et culturel particulièrement bas, la méthode de l'allaitement artificiel se heurte à une multitude de problèmes et ne peut être réalisée correctement. Elle est ainsi responsable de troubles et d'affections très graves chez les nourrissons.

L'achat de ces laits industriels, quelque soit la marque, grève énormément le budget des familles. Le prix d'une boîte de Guigoz correspond au prix de 7 kg de riz.

Les services de P.M.I. distribue gratuitement un très grand nombre de boîtes de lait sec demi-écrémé et de lait concentré sucré. Cependant, ils ne peuvent jamais prendre entièrement à leur charge l'allaitement des nourrissons. Ils viennent simplement en aide aux familles et surtout aux plus nécessiteuses comme celles des chômeurs et des mères célibataires. Ils apportent seulement un complément.

Les mamans sont obligées de faire des économies sur la nourriture des autres enfants. Elles diminuent de façon constante la ration de leur bébé.

Ainsi, les biberons ne contiennent pas une mesure de lait sec pour 30 grammes d'eau, mais une pour 60 ou 90 grammes. Il n'est pas rare, en fin de mois, qu'ils soient constitués d'eau sucrée seulement.

Pour le lait concentré sucré, quand le mélange est effectué correctement, les rations sont celles d'un nourrisson d'un âge inférieur d'un, de deux ou de trois mois.

Il est accablant de constater avec quels soins ces mères essayent de restreindre et de limiter l'appétit de leurs enfants dès les premiers jours de la vie.

Les cris de leur bébé affamé ne semblent pas les émouvoir. Elles trouvent toujours des raisons et des justifications à leur parcimonie. Si elles donnent de très petites quantités de lait, c'est parce que le bébé ne finit pas ses biberons.

Elles mentent parfois effrontément et même nient l'évidence. Il nous est arrivé plusieurs fois de donner nous-même un biberon à un enfant, pour montrer à sa mère qu'il avait faim, que ses pleurs étaient justifiés, et qu'il était capable de boire beaucoup plus qu'elle ne lui donnait.

Lorsque nous avons fait éclater la vérité, ces mamans répondent : "Nous l'est misère, docteur". Nous lui donnons alors, selon nos possibilités, quelques boîtes de lait supplémentaires.

En dehors des questions de prix, ces laits posent des problèmes de *conservation*.

Les laits secs sont ceux qui présentent les plus grands avantages dans ce domaine, mais ce sont les plus coûteux.

Toutefois, il est indispensable qu'ils soient présentés dans des boîtes métalliques. Les insectes (blattes, cafards, cancrelas) détruisent aisément tous les emballages en carton ou papier métallisé et les sachets de plastique.

Les boîtes de lait sucré doivent baigner dans un peu d'eau pour éviter l'invasion de fourmis.

Le lait concentré peut se garder quelques jours dans ces conditions. Il est nécessaire aussi de le mettre à l'abri des mouches et de couvrir avec une soucoupe les boîtes entamées. Il faut le cacher de la convoitise des grands enfants.

Ce type de lait est très économique. Il a ainsi la préférence des mamans. Son emploi est aisé. Il n'est pas nécessaire de savoir lire les chiffres ou de compter. il suffit de suivre les repères indiqués sur le biberon.

La puéricultrice peut placer deux bandes de sparadrap sur le verre pour que la maman ne se trompe pas.

Ce lait est le plus couramment employé ; dans 50 % des cas, il est donné dès la naissance. Nous savons que, malheureusement, il est le plus mauvais lait industriel. Il s'agit d'une véritable "confiture de lait". Il est déséquilibré dans ses constituants, et est responsable d'une fermentation intestinale excessive. Il semble encore plus déconseillé en pays tropical.

Les laits évaporés ne peuvent être utilisés à la Réunion, car ils ne se conservent pas. Ils sont à proscrire chez toutes ces familles dépourvues de frigidaire.

Le lait Gloria, concentré non sucré, est l'objet de graves erreurs. En effet, nous avons pu constater au cours de nos consultations que les mamans ne donnaient pas le lait évaporé de cette marque, mais le lait sec totalement écrémé pour adultes (par manque de précision dans les conseils donnés par les médecins ou confrères).

La stérilisation des biberons est rarement réalisée correctement. Il faut économiser l'eau qu'on doit souvent aller chercher loin.

Les mamans disposent de très peu d'ustensiles de cuisine. L'alcool ou le pétrole sont chers. On ne peut allumer un feu de bois toutes les trois heures.

Bien rares sont les mamans qui font bouillir tétines et biberon à chaque tétée.

Elles considèrent généralement qu'il est bien suffisant de réaliser cette opération une seule fois dans la journée.

Le reste du temps, elles les rincent sommairement avec de l'eau de la fontaine. Il est difficile de leur faire comprendre le concept de stérilisation.

L'eau qui rentre dans la *composition* même des biberons n'est pas potable. On ne la fait pas toujours bouillir.

L'eau d'Evian atteint en pharmacie le prix fabuleux de 200 francs CFA le litre.

Les biberons sont préparés de la façon la plus fantaisiste. Le mélange est réalisé n'importe comment.

Le lait sec peut être utilisé comme le lait concentré sucré. Mais les mesures de poudre, souvent, sont mises totalement au hasard. Elles sont rarement données, nous l'avons vu, trop largement.

Beaucoup de femmes ne savent pas lire les chiffres :

Pour compliquer la situation, un lait de fabrication hollandaise, le *Similac* est distribué sous forme d'échantillon avec la complicité de la P.M.I. Ce lait maternisé n'offre pas les caractéristiques habituelles des autres laits.

Sa dilution est de une cuillère-mesure pour 60 grammes d'eau. Cette originalité induit les mamans en erreur et les incite à procéder ainsi avec le Guigoz ou le Pélargon.

Enfin, ces femmes ne connaissent aucunement la façon de donner un biberon. Nous pouvons le constater chaque jour en regardant les longues files d'attente à notre consultation.

L'enfant est couché dans les bras de sa mère, il n'est pas assez vertical. Le biberon est tenu horizontalement. Le nourrisson avale au moins autant d'air que de lait.

Lorsque nous montrons à la maman la manière de tenir le biberon, nous nous apercevons que la tétine est percée d'un trou trop large. Si la bouteille de verre est tenue correctement, le bébé gaspille alors la moitié du lait et a tendance à s'étouffer.

La tétine a plusieurs usages ; elle sert à donner à l'aîné sa soupe de riz.

Le repas est souvent donné par une grande soeur ou un grand frère plus âgé. Si le biberon tombe sur le sol, ce qui est fréquent, il est simplement essuyé de la main et la tétine est replacée à nouveau dans la bouche de l'enfant.

Si l'allaitement maternel était plus répandu, combien de gastro-entérites, parasitoses, hypotrophies, marasmes nutritionnels seraient évités.

Tous les nourrissons connaitraient, comme à Mafate, une croissance sub-normale jusqu'à 6-9 mois.

Sur 438 enfants, âgés de 2 mois à 1 an, entrés à l'hôpital d'enfants de St Denis pour gastro-entérite, tous, soit 100 %, sont à l'allaitement artificiel. Le Docteur GASCUEL, auteur de l'étude sur ce sujet, souligne que : "cette constatation doit être proclamée très fort".

Cette pratique est désastreuse pour le budget sanitaire du département.

L'abandon presque total de la méthode naturelle n'est pas aussi sans conséquences sur le plan démographique.

Nous savons, en effet, qu'une femme qui allaite a moins de chance d'être à nouveau enceinte.

Les raisons de l'abandon de l'allaitement maternel sont multiples. L'influence métropolitaine est déterminante.

Très peu de femmes "Z'oreilles" allaitent leur bébé. Beaucoup, en effet, travaillent ; un très grand nombre sont fonctionnaires comme leur mari. Les employés de maison, créoles, constatent que les bébés métropolitains nourris artificiellement se portent bien. Elles se persuadent que l'allaitement artificiel est un progrès.

D'une façon générale, les Réunionnais sont en admiration devant tous les produits manufacturés. Si leur case est environnée de fleurs naturelles, ils en décorent l'intérieur avec des bouquets artificiels. Cette population misérable, en contact permanent avec une classe riche, aspire fortement à la civilisation de consommation. Elle refuse tout ce qui est naturel, comme elle trouve dégradant de travailler avec ses mains.

Le lait vendu dans la boutique est forcément supérieur au lait de la maman. Il s'agit d'un axiome contre lequel il est difficile de lutter.

Dans cet état d'esprit, l'allaitement maternel est considéré comme rétrograde, l'allaitement artificiel : une émancipation.

La P.M.I., en distribuant gratuitement ces aliments pour nourrissons, en donnant aux mamans qui en font la demande biberons et tétines, cautionne involontairement ces théories.

Les médecins et le personnel para-médical, en général formés en métropole ou en fonction des normes métropolitaines, ne sont pas assez sensibilisés au problème de l'allaitement en n'en mesurent pas assez l'importance. Ils ne cherchent pas suffisamment à valoriser et encourager la méthode naturelle. Ils n'incitent pas les mères à donner le sein et le font abandonner trop tôt.

Un des facteurs très importants du recul de l'allaitement maternel, est sans doute la publicité omniprésente.

Dans le domaine de l'alimentation mais aussi de la santé des enfants en général (dermatoses, croissance ...), elle fait des dégâts considérables.

Ces gens, sans esprit critique, sont constamment sollicités par la radio. Les annoncés pharmaceutiques constituent l'essentiel des publicités sur les ondes de l'O.R.T.F. Il est inadmissible que la préfecture tolère certains slogans scandaleux. La lait Nido, le lait concentré Nestlé et la farine Cérélac sont vantés en moyenne cinq fois par jour.

Le lait Nido "si bon, si pur, si sain" : ces trois adjectifs sont chantés.

"Le lait Nido est un lait de vache pur entier avec toute sa crême, Nido pour tous vos enfants et pour toute la famille. Nido au bon goût de lait frais ..."

"Des millions de bébés prennent chaque jour leur biberon de lait concentré sucré Nestlé ..."

"C'est délicieux, c'est fortifiant le lait concentré Nestlé, pour la santé, pour l'avenir de vos enfants. Le lait concentré Nestlé est garanti pur, de qualité incomparable. Le lait concentré sucré Nestlé est utilisé par des millions de mères dans le monde entier".

La Mauritius Broadcasting Corporation, entendue à la Réunion, diffuse en Français des publicités analogues.

Les visiteurs médicaux, 20 en permanence à la Réunion, sont communs aux deux îles.

Nous avons noté cependant des slogans moins toxiques et plus intelligents : "Mamans, quand vous n'avez plus de lait, donnez à votre bébé ..."

Des phrases identiques devraient être exigées dans le département.

Dans les cases créoles, la radio est allumée constamment. Toutes les familles possèdent un poste. Il ne s'agit pas d'un luxe mais d'une nécessité. Pendant la saison cyclonique, les alertes, les consignes sont diffusées par les ondes. Les postes de télévision sont encore peu nombreux, mais un poste est regardé par un très grand nombre de personnes.

Les affiches, les réclames sur les murs, dans les journaux ont sans doute moins d'impact.

Cependant, il n'est pas nécessaire de savoir lire pour les comprendre : les photos de magnifiques bébés, joufflus, noirs, à côté de boîtes de lait de marque connue, frappe suffisamment les esprits.

Les dispensaires de P.M.I. sont trop souvent décorés par des calendriers et les pancartes de grandes firmes diététiques. Ils jouent le rôle d'annonceurs publicitaires bénévoles.

Les services de P.M.I., en distribuant systématiquement et gratuitement aux familles deux boites de lait concentré sucré par nourrisson à chaque consultation, et en donnant biberons et lait sec demi-écrêmé aux parents qui

en font la demande, ont largement contribué à la diffusion de l'allaitement artificiel. Le lait concentré sucré est sans doute préférable au lait maternel puisque les médecins et sage-femmes le donnent au dispensaire !

Le déclin de l'allaitement maternel provient aussi de la fréquence de la séparation de la mère et de l'enfant.

Les hospitalisations abusives pour raisons sociales sont trop nombreuses. Le système de l'Assistance Médicale Gratuite ne permet pas des soins à domicile trop fréquents, longs et coûteux. Aussi l'hospitalisation est la seule solution pour le médecin traitant. Une famille n'a droit qu'à trois consultations gratuites par mois.

A l'hôpital, la mère ne peut rester avec son enfant.

Le travail féminin a pris aussi une extension importante.

Tous les fonctionnaires ont des employées de maison.

Enfin, dans les villes, les mamans réunionnaises, à l'image des métropolitaines, ne veulent plus donner le sein en public. Elles emportent pour bébé, dans leur sac, un biberon sale et froid, enveloppé de papier journal.

Le développement de la pudeur, des préjugés esthétiques, du port du soutien-gorge, tous ces facteurs concourent à l'abandon du sein.

Toute une pathologie de l'allaitement maternel s'est répandue dans le public.

Si la sage-femme, après les multiples consultations prénatales, obtient qu'une maman allaite son nouveau-né, cet allaitement sera de courte durée.

Pour cent raisons erronées, la maman renonce à poursuivre l'allaitement. Si elle se dispute avec son mari ou son amant, ce qui est très fréquent, le lait devient "contrarié". Il ne faut pas en donner au bébé.

Si elle présente un clocher fébrile dans les jours qui suivent l'accouchement, il s'agit de la "fièvre de lait".

Enfin, le lait peut être "trop jaune, trop clair, enflammé".

Tous ces défauts doivent entraîner le sevrage.

Nous avons pris le temps d'interroger 196 mamans qui n'allaitaient pas leurs nourrissons. Voici, par ordre d'importance, les raisons qu'elles nous ont données pour justifier l'abandon de la méthode naturelle avant un mois.

- 49 femmes ont prétendu n'avoir pas du tout ou pas suffisamment de lait. ("J'ai donné une semaine puis ça a séché").

- 24 être ou avoir été malades. ("Moi l'est malade, moi l'ai fait la fièvre, mi gagne étourdissement, moi l'ai gagné la grippe").

- 23 nous ont affirmé qu'elles ne pouvaient pas allaiter car elles travaillaient. Il est intéressant de signaler que l'une d'elle était employée de maison chez une sage-femme.

- Pour 18 femmes, leur lait était "trop clair" ou "pas bon", ou "contratié" !

- 15 mamans ont déclaré que leur enfant refusait le sein ("ne veut pas prendre").

- 15 mamans nous ont expliqué que l'allaitement maternel était contraire à leurs habitudes ! ("Mi pas habituée, mi jamais donné, tout mon z'enfant y tète Nestlé").

- 10 ne savaient pas.

- 10 nous ont dit à peu près cela : "C'est le docteur qui a dit : donne pas".

- 9 ont répondu que leur bébé vomissait le lait maternel : "Mon z'enfant y renvoie".

- 8 que l'allaitement était douloureux, que leurs seins leur faisaient mal.

- 5 n'ont pu allaiter parce que l'enfant a été hospitalisé.

- 3 ont "oublié" d'allaiter ("mi oublié, docteur").

- 2 femmes ont du être hospitalisées.

- 2 ont invoqué un abcès du sein.

- 2 ont des crevasses.

- et 1 enfin, une invagination du mamelon.

Toutes ces réponses sont destinées au médecin. Pour expliquer leur refus de l'allaitement, les mères invoquent des raisons ou des prétextes d'ordre médical. Face à l'auxiliaire de puériculture, plus proche de la population, elles n'hésitent pas à avouer les véritables motifs de leur dédain de la méthode naturelle. Elles font part de tous leurs préjugés sociaux : l'allaitement maternel est réservé aux pauvres, aux femmes âgées, aux personnes de la campagne, il n'est pas digne de gens civilisés.

LES FARINES

L'usage néfaste si répandu de l'allaitement artificiel est malheureusement prolongé très tardivement.

Jusqu'à 10-12 mois et même davantage, l'enfant est à six biberons de lait concentré sucré par jour.

Son régime reste purement lacté ou associé à quelques hydrates de carbone. En effet, soit la maman ne donne aucun complément d'alimentation, soit elle rajoute dans les biberons de lait, selon ses moyens, un peu de farine lactée.

Il s'agit là d'une habitude désastreuse, très solidement implantée.

Cette farine lactée est toujours le Cérélac.

Elle constitue, après le lait chez les nourrissons et le riz chez les enfants d'âge pré-scolaire, la base de l'alimentation des petits Réunionnais.

Grâce à une publicité, sans doute déjà ancienne, massive, constante, très bien orchestrée, elle est connue et consommée dans tous les foyers :

"Cérélac est sain et pur"

"Cérélac donne force et santé ... Avec Cérélac, bébé sera sain et vigoureux"

"Bébé aime le bon goût de Cérélac ..."

"Mamans, pour que votre enfant grandisse, plein de force et de santé, donnez la bouillie Cérélac ... etc.."

Tels sont les slogans radiophoniques, le plus souvent chantés.

Un hôpital de St Denis prescrit aussi des bouillies de Cérélac dans tous les régimes des enfants au moment de leur sortie.

Tout enfant réunionnais, a, au moins une fois dans sa vie, goûté cette farine.

Dans les endroits les plus inaccessibles du cirque de Mafate, où nous nous sommes rendus en hélicoptère, nous avons pu constater que bébés et enfants étaient nourris partiellement avec cet aliment de fabrication industrielle.

Le nouveau représentant de la firme Nestlé à la Réunion, sidéré par les chiffres fantastiques de consommation de ce produit dans l'île, a demandé à l'agence Havas d'effectuer une enquête pour déterminer son utilisation.

Cette étude a révélé que, non seulement les enfants, mais encore les adultes et les vieillards, tous les membres de la famille, se délectent de cette poudre.

Malgré son prix relativement élevé, cette farine offre le suprême avantage d'être instantanée.

La cuisinière, privée d'une installation moderne, et paresseuse de nature, a trouvé un bon moyen pour simplifier son travail. Les repas sont ainsi vite préparés.

L'état dentaire particulièrement désastreux de la population réunionnaise, en raison des carences alimentaires et d'une hygiène buccale totalement inexistante, est à l'origine aussi de cette grande consommation de bouillies.

Tous nos efforts pour expliquer aux mamans la nécessité de compléter et diversifier l'allaitement artificiel et l'alimentation en général, ont pour effet de les inciter à donner cette farine uniquement. Elles se persuadent que cette poudre instantanée est une panacée universelle.

Bien plus, les femmes d'un milieu aisé ajoutent quelques cuillérées de cette farine dans les biberons de lait dès le deuxième mois. Elles n'utilisent pas la Phosphatine qui est cependant distribuée gratuitement dans les centres de P.M.I.

Quand nous leur demandons qui leur a prescrit ce régime et pourquoi elles utilisent ce produit, nous obtenons la réponse suivante :

"Moi-même y donne, tout mon z'enfants y mangent Cérélac"

Le Cérélac, d'une part n'est pas une farine modifiée, elle ne doit pas être introduite dans les régimes avant l'âge de cinq mois ; d'autre part, c'est une farine lactée qui doit être mélangée avec de l'eau et non avec du lait.

Les dyspepsies aux farineux restent cependant rares malgré l'utilisation incorrecte et abusive de cet aliment.

L'ALIMENTATION

Il n'est pas rare de voir prolonger cette association : lait-farine lactée de façon exclusive jusqu'à l'âge de 18 mois. Mais, en général, autour d'un an, l'enfant commence à "gagner le gros manger", c'est-à-dire à se nourrir comme le reste de la famille. La maman n'a pas l'habitude de préparer pour lui des plats spéciaux.

Le sevrage est souvent réalisé sans transition. L'enfant passe brusquement d'une alimentation purement lactée ou lacto-farineuse à une alimentation de type adulte. Au moment des premières percées dentaires, cependant (7-9 mois à la Réunion), il reçoit quelques morceaux de pain pour "faire sortir les dents".

Il y a en général trois repas.

- Le petit déjeuner, le matin vers 6-7 heures est le plus souvent sommaire. A la campagne, il se compose du riz de la veille réchauffé avec du piment et de la graisse, et d'un bol de café fort. Mais en ville et partout de plus en plus, chacun se contente d'un quignon de pain. Cet aliment, considéré naguère comme une friandise, devient de plus en plus de consommation courante.

- Les deux autres repas : déjeuner et dîner sont aussi d'une extrême monotonie. Le riz constitue l'aliment essentiel. La Réunion est sans doute le seul pays au monde qui ne produise pas un seul gramme de ce qui sert de base à l'alimentation de son peuple.

La recette fondamentale de la cuisine créole est appelé cari /Kari/. Il s'agit de riz accompagné d'une sauce particulière. Entrent dans sa préparation : tomates, oignons que la ménagère fait revenir dans l'huile, ail, gingembre, safran et éventuellement piment.

Le "Rougail" /rugay/ est un assaisonnement très proche dans lequel on trouve toujours du piment.

Le maïs occupait autrefois la place du riz dans l'alimentation. Il figure encore assez souvent dans les repas des habitants des "hauts". On le mange, selon le degré de finesse de la mouture, sous forme d'une bouillie plus ou moins épaisse.

Au plat de riz ou de maïs peut être associée une purée de légumes secs ou une préparation à base de tubercules, ou encore un bouillon de "brèdes".

Les Créoles consomment un grand nombre de variétés de légumineuses appelées grains /grê/ ou "zaricots" /zariko/ qu'ils font cuire très longtemps

jusqu'à les réduire en bouillie. Diverses espèces de pois chiche, différentes sortes de fèves (Phaseolus Helvatus), de haricots (Cajanus Indicus ou Flavus) sont cultivés dans les "hauts". Des plants de lentilles poussent aussi dans le cirque de Cilaos. Mais nos petits pois et les pois du Cap (Phaseolus Capentis) très recherchés, sont cependant importés.

Les racines et tubercules sont mangées soit salées, soit sucrées en gâteaux. Les cultures d'ignames, manioc, arrow-roat (Maranta Arunfinacea), patates douces, sont en régression constante. Celle de le pomme de terre, développée de façon récente, est en pleine extension. Mais elle ne suffit pas à la consommation des métropolitains, et les pommes de terre n'entrent pas dans la cuisine créole. Le kilo de pomme de terre a atteint le prix de 360 F CFA (7,20 F) à Saint Denis en 1973. Le chou-chou /susu/ ou patate-chouchou (Sechium Edule) qui pousse à l'état sauvage dans certaines régions de l'île est le légume le meilleur marché (30 F CFA pièce, soit 90 F CFA le kilo).

Les fanes de ce Sechium Edule, comme les feuilles de nombreuses autres plantes appelées brèdes, servent à préparer des bouillons. Les apports en sels minéraux de ces préparations ne seraient pas négligeables, si elles étaient consommées en grande quantité, ce qui n'est pas le cas. Chaque bouillon a une vertu particulière. Les brèdes Martin font dormir et soulagent.

Tous les légumes d'Europe peuvent pousser dans l'île. Malheureusement, seules l'aubergine et la citrouille entrent parfois dans l'alimentation des Créoles aisés.

Excepté les bananes, fruits les plus répandus et les moins chers (15 F CFA pièce), dans les plaines seulement, les enfants mangent bien rarement des fruits. Ils ont droit parfois à un peu de papaye fraîche ou sous forme de confiture.

Une fois par semaine, le dimanche, plus fréquemment chez les gens aisés, mais encore plus rarement dans les familles misérables, le plat traditionnel est agrémenté d'un peu de viande ou de poisson. Il s'agit très rarement de viande ou de poisson frais. Ces aliments sont en effet fumés, salés ou séchés pour favoriser leur conservation. Le plat de viande de boeuf ou de porc est toujours composé des plus bas morceaux : abats, viscères, coupés menus. Les Malabars fidèles aux coutumes hindouistes ne mangent pas de boeufs. Ils se contentent de cabri, quand ils en trouvent, ou de volaille. Le poisson local est rare. On consomme surtout du poisson d'importation, de la morue en provenance de Terre-Neuve.

L'interrogatoire des mamans reflètent bien la grande uniformité de l'alimentation. A la question : "Que donnez-vous à manger à votre enfant", elles répondent toujours : "Son manger Docteur". Manger signifie nourriture. Et le dialogue est alors le suivant :

- à 7 heures, que donnez-vous ?
- Son goûter Docteur ?
- C'est-à-dire ? En quoi cela consiste-t-il ? Enumérez les aliments qui composent le goûter.

- Un morceau de main Docteur.
- A 11 heures ou midi ?
- Mange son manger Docteur.
- C'est-à-dire ? En quoi cela consiste-t-il ? Enumérez les aliments qui composent le manger.
- Son riz Docteur.
- C'est tout
- Oui Docteur
- A 4 heures, que donnez-vous ?
- Pas de réponse.
- A 6 heures ?
- Son manger Docteur.
- C'est-à-dire ?
- Son riz Docteur.

Les termes "manger" et "gouter" apparaissent en langue créole synonymes en somme de riz ou de pain. Si le médecin demande alors à ces femmes pourquoi elles ne donnent pas à leurs enfants des "grains", des "brèdes", des bananes, il obtient la réponse suivante :

- Mi donne Docteur.

Ces aliments sont très secondaires, consommés variablement, selon la richesse du moment, et elles oublient de les mentionner. Riz, pain, haricots secs, chou-chou, bananes sont par ordre d'importance décroissante la seule nourriture des enfants.

La P.M.I. apporte un complément lacté indispensable à cette alimentation si pauvre en protéines et en sels minéraux. Les dons de lait concentré sucré pour les enfants de moins de deux ans, et de lait sec écrêmé pour les autres jusqu'à six ans ont permis une amélioration notable de l'état nutritionnel des enfants réunionnais, fait confirmé par tous les pédiatres. Les cantines scolaires prennent ensuite le relais de la P.M.I. pour les enfants plus âgés. Ces distributions gratuites de lait procurent à chaque enfant un supplément de 300 à 600 grammes de protéines par mois.

Malheureusement, trop de familles encore refusent d'utiliser ce lait. Un tabou très répandu est à l'origine de cette conduite : "le lait donne les vers". Dans de tels foyers, les enfants sont sevrés très tôt, et alimentés uniquement avec des soupes de riz à l'eau. Les résultats sont catastrophiques. A Cilaos, région de population blanche, les stocks de lait s'accumulent dans le dispensaire. Il n'est pas à craindre que les dons de lait soient consommés par les adultes. Ils détestent trop ce breuvage. Cependant, la poudre de lait sert parfois à engraisser le cochon. Il arrive encore que le lait ecrêmé soit donné au petit nourrisson.

La misère n'est pas la seule responsable des carences nutritionnelles. L'ignorance, les habitudes et préjugés alimentaires ont aussi une grande part de responsabilité.

Un pédiatre de Saint-Louis qui donnait des conseils à un père pour l'inciter à faire un effort pour mieux alimenter son enfant âgé de deux ans hospitalisé pour un kwashiorkor grave, s'est vu répondre ceci : "Je ne savais pas qu'on pouvait donner de la viande à une si petite marmaille. Cela est pourtant facile pour moi qui suis boucher".

Dès qu'elles disposent d'un peu d'argent, les mamans achètent des sucreries : bonbons, gâteaux, glaces, pour leurs enfants. Les petits Réunionnais sucent fréquemment des "pastilles". Ils sont très friands aussi de biscuits et de sorbets. Pendant la période de la coupe de la canne, ils machonnent souvent des morceaux de canne pour tromper leur faim. Les caries dentaires sont très nombreuses. Elles arrivent parfois à faire disparaitre toute dentition.

Il est difficile de convaincre ces femmes de la nécessité de donner des légumes et de la viande à leurs bébés de moins d'un an. Elles restent persuadées que ces aliments sont "trop lourds", que leurs enfants vont être malades, et qu'il sera nécessaire de consulter le médecin-traitant pour les guérir.

Lorsque nous leur expliquons un régime, il est fréquent que nous soyons interrogés : "Légumes Pharmacie Docteur, pas légumes jardin ?". Seuls les "petits pots" et les préparations toutes prêtes du pharmacien leur apparaissent dépourvus de toxicité. Malheureusement, il est bien rare qu'elles puissent en acheter. Les aliments conditionnés industriellement apparaissent pour les Réunionnais plus sains et doués d'une plus grande valeur nutritive. Les produits de l'île, vendus sur le marché, ne sont que pour les pauvres. Les Créoles semblent très choqués, lorsque nous leur demandons de donner aux enfants des goyaves, fruits sauvages très riches en vitamine C, et inconnus des circuits commerciaux et de la publicité. Ils préfèrent acheter des boissons gazeuses parfumées artificiellement à l'orange.

Si on écoute les dictons populaires, à part le riz, que peut-on donner à manger aux enfants ?

- Les oeufs font mal au foie.
- L'ananas donne la fièvre.
- Les fruits sont responsables de diarrhée.
- Etc...

Le café et le rhum, par contre, sont d'excellents toniques, ce sont des "fortifiants".

Au début de notre fonction de médecin de P.M.I. à la Réunion, nous avons été surpris de découvrir chez de tout jeunes enfants (2-3 ans), des rythmes cardiaques très rapides, entrecoupés de slaves d'extra-systoles. Nous avons eu aussi l'occasion d'entendre de véritables bigéminismes. L'interrogatoire et l'expérience nous ont confirmé qu'il s'agissait d'une intoxication à la caféine. Le café est avec le rhum la "boisson nationale". Dans quelques coins isolés (Ilet des Orangers par exemple), les familles cultivent encore leur café. La ménagère avisée continue d'acheter son café vert. Elle le grille dans une marmite au fur et à mesure des besoins, de peur que son parfum s'éventé. Ce café est très fort. En patois créole : "il fait bouger le coeur". On n'apprécie guère le café léger. L'enfant peut, comme les autres membres de la famille, prendre son bol "d'eau de café", tous les matins.

Le rhum est toujours considéré comme la panacée, il constitue un remède souverain contre les syncopes, la faiblesse ; avec quelques gousses d'ail macérées, il tue les vers. Aux enfants capricieux ou qui ne veulent pas dormir après avoir bu du café fort, on fait sucer un morceau de chiffon trempé dans du rhum.

LA MALNUTRITION ET LES MALADIES DE CARENCE

L'insuffisance de nourriture, les habitudes et préjugés alimentaires, le manque d'hygiène et la fréquence des infections et parasitoses intestinales sont à l'origine du grand nombre d'enfants atteints de malnutrition protéino-calorique et d'anémie ferriprive.

Le déficit nutritionnel est à la fois quantitatif et qualitatif. Il existe d'une part une insuffisance de la ration calorique et d'autre part un déséquilibre dans l'apport des différents nutriments :

- excès de glucides (riz, céréales, légumineuses, sucre dont le lait concentré sucré)
- par contre, déficience en protides (lait, viande, oeufs)
- déficit en lipides,
- déficit en vitamines et sels minéraux.

Malnutrition et hypotrophie :

Les courbes de croissance des enfants réunionnais, américains et métropolitains ne peuvent être superposables pour des raisons ethniques. Il semble cependant intéressant de les comparer, car les facteurs génétiques ne sont pas seuls responsables des variations de poids et de taille. L'alimentation influe de façon notable sur le développement physique de l'enfant. Le terme de "Petit Blanc" est à cet égard à la Réunion assez évocateur. Parmi les Réunionnais d'origine européenne, le groupe de population montagnarde, malnutri, est constitué de gens beaucoup plus petits et menus que les membres des familles de riches planteurs des plaines.

Une seule étude biométrique a été effectuée à la Réunion jusqu'à présent. Ce travail est l'oeuvre de JOURDAIN. Son enquête a porté sur tous les enfants, garçons et filles âgés de 0 à 5 ans, hospitalisés dans les services de pédiatrie :

- du Centre Hospitalier Départemental, de novembre 1970 à novembre 1971 (274 enfants)
- de la Clinique Ste Clotilde : de janvier 71 à novembre 71 (252 enfants).

JOURDAIN prend pour références les courbes et tableaux d'HOWARD et MEREDITH.

Au point de vue de la taille, il constate que 60 % des enfants ont une taille inférieure à P3 soit à - 2 D.S.. Il remarque aussi que la courbe de croissance des enfants réunionnais subit un infléchissement net entre 1 et 3 ans.

En ce qui concerne le poids, 58 % des enfants ont un poids inférieur à P3 soit à - 2 D.S.

Selon le Professeur RAOULT, expert en nutrition auprès de l'O.M.S. on parle de sous-nutrition lorsque le sujet se trouve au-dessous du P3 d'HOWARD et MEREDITH, et de sous-nutrition grave quand le déficit atteint ou dépasse 10 % par rapport au P3.

Sur les 525 enfants hospitalisés :

146 enfants soit 27,8 % sont sous-nutris avec un déficit du 1er degré,
158 enfants soit 30,1 % sont sous-nutris avec un déficit du 2ème degré.

Nous avons personnellement essayé de déterminer le poids moyen de l'enfant réunionnais vu à nos consultations aux trois âges : 10 mois, 2 ans, 4 ans. Pour cela, nous avons examiné les dossiers du dispensaire de Sainte Marie et relevé les poids de tous les enfants qui avaient été pesés précisément à l'âge de 10, 24 ou 48 mois. Nous n'avons pu réaliser un travail identique pour la taille, car les enfants sont très exceptionnellement mesurés dans nos dispensaires, faute de temps et de moyen (absence de toise dans beaucoup de centres de consultations).

Nous prenons pour références les courbes de croissance et tableaux de Michel SEMPE et Guy PEDRON.

- Garçons	âge	Nombre	Poids moyen	Ecart-type
	10 mois	242	8,408	- 0,8
	24 "	200	10,258	- 1,50
	48 "	103	13,642	- 1,47

- Filles	âge	Nombre	Poids moyen	Ecart-type
	10 mois	222	7,960	- 0,77
	24 "	187	10,064	- 1,3
	48 "	110	13,480	- 1,2

La malnutrition protéino-calorique :

Le marasme est à la Réunion une cause non négligeable d'hospitalisation. Nous l'avons rencontré chez des nourrissons de moins de 15 mois recevant une

alimentation artificielle. Ces enfants présentaient un retard pondéral très important (ils pesaient 4 à 6 kilos à 1 an), une disparition presque complète du tissu cellulaire et de la graisse sous-cutanée, une fonte musculaire. Ils n'avaient pour ainsi dire plus que la peau sur les os. Mais leur aspect dramatique n'avait pas l'urgence d'une déshydratation auquelle nous étions habitués. Ces nourrissons, s'ils avaient l'air inquiet, gardaient par contraste un oeil vif. Dans tous les cas, les parents n'avaient pu se procurer suffisamment de lait et le bébé se contentait d'eau sucrée.

Les cas de Kwashiorkor vrai avec le grand tableau clinique évocateur, complet (arrêt de la croissance, oedèmes, atrophie musculaire, lésions cutanées, signes muqueux, modification des cheveux, troubles psychiques, troubles gastro-intestinaux, hépatomégalie) sont très rares, mais existent encore. Nous en avons vu deux au cours de notre expérience. Les formes frustres, ou Kwashiorkor subclinique ou encore pré-Kwashiorkor par contre sont nombreuses. Après l'hypotrophie pondérale, le symptôme le plus courant noté lors de nos consultations chez les enfants de 1 à 3 ans est l'aspect des cheveux : secs, cassants, défrisés, décolorés, blonds roux au lieu d'être noirs, avec des zones d'alopécie. On remarque parfois une légère bouffissure du visage. Un oedème discret doit être recherché soigneusement aux membres inférieurs. La peau à ce niveau peut être sèche, craquelée. Il existe une dépigmentation des plis axillaires et inguinaux. Nous avons été surpris aussi par la fréquence des hépatomégalies correspondant à une stéatose hépatique.

Les carences vitaminiques :

La P.M.I. prévient ces carences par la distribution continue d'hydrosols polyvitaminés.

Le rachitisme est, nous l'avons vu, pratiquement absent à la Réunion en raison de l'ensoleillement.

La fréquence des gengivites hypertrophiques est grande, mais il ne nous a jamais été possible d'affirmer le scorbut. Un tiers des enfants environ présente une tuméfaction des gencives. Les papilles interdentaires apparaissent gonflées, oedématiées, engorgées. Ces gencives turgescentes saignent spontanément ou au moindre contact. On constate parfois une nécrose de la gencive avec chute des dents.

Lors de nos missions dans le cirque montagneux de Mafate, nous avons observé des goitres endémiques par carence en iode.

Les anémies nutritionnelles :

DURIEUX, à l'hôpital d'enfants de Saint Denis, a mené une enquête sur les 460 enfants hospitalisés du 1er octobre au 31 décembre 1971. Il considère anémique selon les critères de l'O.M.S. tout enfant de 6 mois à 6 ans qui a un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g pour 100 ml. Il obtient le résultat suivant : 170 enfants, soit 37 % sont anémiques.

JOURDAIN en prenant 12 g pour 100 ml comme critère de référence note dans son étude sur les problèmes nutritionnels à la Réunion que 75 % des enfants sont anémiques. Sur les 524 dossiers examinés, 390 mentionnent un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g.

Dans leur grande majorité, ces anémies sont hypochromes hyposidéréмiques.

L'apport martial des légumineuses, principales sources de fer de l'alimentation créole est limité. Il ne peut compenser les pertes provoquées par la transpiration et par les spoliations sanguines de l'amibiase ou de l'ankylostomiase. Les compléments martiaux distribués gratuitement sous forme médicamenteuse dans les centres de P.M.I. ne sont pas toujours suffisants pour corriger ces anémies.

Les états de diarrhée chronique, la carence en vitamine C empêchent l'absorption de cet oligo-élément. Le déficit en fer est aussi presque toujours associé à une carence multiple des facteurs anti-anémiques. Fer, protéïnes, facteurs anti-anémiques se retrouvent dans les mêmes aliments coûteux (viande, oeufs).

La malnutrition n'agit pas que sur le développement physique de l'enfant. Des études récentes semblent prouver qu'elle influe défavorablement, de la même manière, sur son développement intellectuel, affectif et psycho-moteur. L'enfant malnutri est totalement apathique, il ne s'intéresse à rien. Ceci explique sans doute que le niveau scolaire moyen des enfants réunionnais est déplorable. L'immense effort d'éducation n'a pas donné les succès escomptés.

L'enfant malnutri deviendra un véritable "sous-homme", tant du point de vue physique qu'intellectuel. Adulte, il sera à son tour incapable de nourrir ses propres enfants, incapable de limiter ses naissances. C'est le cercle vicieux du sous-développement.

LES PARASITOSES ENTERALES

Les conditions telluriques et hydro-climatiques de la Réunion sont favorables au développement de la plupart des espèces parasitaires. Le sous-développement de l'équipement sanitaire en matière d'assainissement, l'ignorance par la population des données les plus élémentaires de l'hygiène, la dispersion anarchique sur le sol des matières fécales humaines, tous ces facteurs rendent compte d'un très haut degré d'endémie parasitaire.

En tant que médecin de P.M.I., il ne nous a pas été possible de réaliser la moindre étude objective sur ce sujet.

En effet, notre statut nous interdit de demander et prescrire aux malades toute investigation diagnostique.

Pour situer de manière précise et chiffrée l'importance de l'endémie parasitaire, nous ferons donc appel, en ce qui concerne les parasitoses entériques, aux conclusions du Rapport de Mission sur "Les parasitoses intestinales humaines dans l'île de la Réunion" du Professeur LARIVIERE de la Faculté de Médecine de PARIS. Cette mission effectuée en 1969, à la demande du ministère de la Santé et de l'INSERM, avait pour but d'évaluer la situation réelle de l'endémie parasitaire entérique à la Réunion et d'étudier les méthodes d'action à y opposer.

Elle a été réalisée un an après la venue du Centre International de l'Enfance à la Réunion en Juillet 1968.

L'observation a porté sur 568 selles appartenant à des enfants de 4 à 15 ans prélevées dans 17 communes sur les 24 que comporte l'île.

Les résultats font apparaître que 95 % des enfants sont parasités et 79 % sont polyparasités.

Ces chiffres sont parmi les plus élevés du monde. Ils placent ce département dans les pays au niveau d'hygiène le plus désastreux.

INFECTION GLOBALE

Pas de parasites	Sujets infectés par 1 parasite	Par 2 parasites	Par 3 parasites	Par + de 3 parasites	Infection globale
5 %	16 %	37 %	25 %	17 %	95 %

L'auteur de cette étude souligne que ces résultats sont vraisemblablement encore au-dessous de la réalité. En effet, il précise qu'il n'a été effectué pour chaque selle qu'un examen direct et une méthode de concentration (technique de Ritchie). D'autres techniques, cependant ont été employées (Baermann, M.I.F. Coloration, etc...), mais elles ne furent pas systématiques. De plus, la méthode de Graham (Scotch-test) n'a pas été utilisée, ce qui n'a pas permis d'apprécier la fréquence du parasitisme par oxyures et taenias.

FREQUENCE DES DIFFERENTS PARASITES

	Nématodes à contamination orale (ascaris, trichocéphales)	Nématodes à contaminations cutanées (ankylostomes et anguillules)	Protozoaires
Sujets infectés	93 %	27 %	38 %

ou de façon plus détaillée :

	SUJETS INFESTES
- Tricocéphales	87 %
- Ascaris	65 %
- Ankylostomes	23 %
- Anguillules	7 %
- Lamblias	21 %
- Entameoba histolytica	5 %
- Entamoeba coli	16 %
- Endolimax nana	8 %
- Toenias	1 %
- Autres, oxyures	2 %

COMMENTAIRES

1°) Nématodes

- *Tricocéphales et Ascaris* sont des parasites dominants avec des chiffres respectifs de 87 % et 65 % qui, à eux seuls, traduisent une importante pollution fécale du milieu.

- *Les oxyures* existent couramment à la Réunion. Mais aucune étude n'a été faite pour chiffrer leur fréquence.

- *Les nématodes à contamination transcutanée* constituent aussi une endémie sévère. Pour l'anguillulose, les pourcentages d'infections obtenus sont largement inférieurs aux taux réels puisque la technique spécifique de Boermann a été très rarement utilisée. En ce qui concerne l'ankylostomiase les 2 espèces : ankylostome duodénale et Nécator Américanus existent à la Réunion.

Ankylostomes et anguillules, dont le cycle exogène est très dépendant des facteurs hydro-climatiques, sont nettement plus fréquentes dans les communes "au vent" (côte est) où les précipitations sont abondantes.

	Hauteur d'eau tombée en 1971	Ankylostome	Anguillule
St André commune au vent	4 mètres	60 %	20 %
St Pierre commune sous le vent	0,916 mètres	14 %	4 %

2°) Les Trématodes :

Il est intéressant de signaler qu'il existe à la Réunion ni Bilharziose intestinale (Schistosoma mansoni) ni Bilharziose vésicale (Schistosoma haematobium)

On peut s'en étonner car, d'une part la Bilharziose sévit à Madagascar et à l'île Maurice, et d'autre part toutes les conditions biologiques semblent exister à la Réunion pour le cycle exogène des Bilharzies.

De même, il n'y a pas de Distomatose. L'hôte intermédiaire, la Limnée semble être absente des rivières et étangs.

3°) Les Cestodes :

Taenia Saginata et Taenia solium existent à la Réunion sans qu'il soit possible de chiffrer leur fréquence.

La recherche du Taeniasis n'a pas été faite de façon systématique. Le chiffre de 1 % n'a pas de valeur.

Les neurologues et les psychiatres de l'île rapportent plusieurs cas de Cysticercoses cérébrales constatées cliniquement, radiologiquement ou sérologiquement.

4°) Parmi les protozoaires (38 % des selles en avaient), seuls les Lamblias (21 %) et surtout les amibes (5 %) sont importants quant à leur rôle pathogène. Il faut souligner là encore que la recherche d'Entamoeba histolytica, difficile, a souffert des techniques frustres utilisées lors de l'enquête.

L'endémie amibienne est certainement beaucoup plus importante. La contamination de l'eau en est responsable. Les statistiques hospitalières en témoignent et les services de pédiatrie continuent de signaler chaque année plusieurs cas d'amibiase chez des nourrissons.

En ce qui concerne les parasitoses à objectivation sanguine, le rapport de la D.A.S.S. nous apprend que le laboratoire antipaludique a procédé à l'examen de 39.932 lames de sang dont 13 lames seulement montraient des hématozoaires :

- 2 lames ont été trouvées positives à Plasmodium Vivax
- 1 lame positive à Plasmodium Malariae
- 8 lames positives à Plasmodium Falciparum
- 2 lames positives à Plasmodium Falciparum et Plasmodium Malariae.

Depuis de longues années, le paludisme n'existe plus à la Réunion.

Son éradication entreprise par l'O.M.S. a donné d'excellents résultats. Tous les cas signalés sont importés de Madagascar ou des Comores. Il faut rester néanmoins vigilant, car dans beaucoup de zones, le terrain reste favorable au développement de la maladie.

Parmi les 39.932 lames examinées, le laboratoire antipaludique a relevé 87 lames positives à Wuchereria Bancrofti.

Un foyer de cette filariose est nettement localisé dans la région de St Paul.

Au cours de notre expérience de Médecin de P.M.I., nous pouvons personnellement juger de l'importance et du retentissement des parasitoses intestinales chez les enfants de moins de 6 ans.

Nos consultations étaient remplies de ces enfants au ventre ballonné, distendu, au faciès sale et triste, au corps couvert de lésions de grattage.

La fréquence des infections helminthiques est si grande dans ce département qu'il apparaît normal pour les Réunionnais qu'un enfant expulse des vers par la bouche, le nez ou l'anus. C'est tout le contraire qui les inquiète.

L'enfant nous est présenté ou est amené chez le médecin-traitant non pas parce qu'il "rend des vers", mais au contraire parce qu'il "ne rend pas" ou "est difficile à rendre".

Les mamans donnent régulièrement à leur enfant des purges pour chasser les vers comme s'il s'agissait d'un geste naturel. Soit elles renouvellent périodiquement une ordonnance médicale sans consultation du praticien, soit elles appliquent quelques recettes locales qui s'échangent d'une famille à l'autre. Mais ces médications appelées "tisanes", quelques soient les produits utilisés, sont loin d'être toujours efficaces.

Les coutumes d'inspiration magique, les croix dessinées avec de la cendre sur le ventre des enfants, sont encore plus dépourvues d'effet.

L'ascaridiose est sans doute l'helminthiase la plus répandue. Il n'est pas rare de voir des enfants expulser 30 et même 40 ascaris après la prise d'un vermifuge.

Le nombre de vers est parfois tellement important et ils sont si enchevêtrés ("emmaillés" en langue créole) que les mamans renoncent à les compter. Elles parlent alors de poignées : "Mon z'enfant a rendu deux poignées de grands vers blancs, Docteur".

Plus l'enfant expulse d'ascaris, plus les parents semblent satisfaits. L'infestation est massive, continue.

Les complications de ce parasitisme intense sont multiples, variées et trompeuses, bénignes ou graves.

Durant leur phase de migration intra-pulmonaire, les larves peuvent être responsables de symptômes divers : éruption faite de petites macules érythémateuses, état fébrile, frissons mais surtout toux quinteuse, point de côté, dyspnée asthmatiforme.

Ces manifestations cliniques fugaces du syndrome de Loëffler sont à l'origine d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques.

Les vers adultes aussi peuvent provoquer, d'après MONDEL, des manifestations d'ordre allergique : prurit, urticaire, oedème de Quincke, rhinites spasmodiques, arthralgie, manifestations asthmatiformes.

Les parasites adultes entraînent chez l'enfant une anorexie, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, de la diarrhée. Ces troubles digestifs, en apparence bénins mais excessivement fréquents, ont un retentissement indéniable sur sa croissance. Ils sont responsables d'un ralentissement du développement staturo-pondéral.

Les carences vitaminiques et le déficit protéïque sont accrus par le parasitisme.

Des études ont montré que chez des enfants hébergeant 13 à 40 ascaris et dont la ration alimentaire quotidienne contenait de 35 à 40 grammes de protéïnes, 4 grammes de protéïnes étaient perdus chaque jour par effet direct du parasitisme sur la digestion et l'absorption. Aussi les bénéfices d'une amélioration du régime alimentaire sont-ils diminués.

On peut observer dans cette maladie, en cas d'infestation massive, un retard scolaire, des troubles du comportement : soit une apathie profonde, soit une agitation ("z'enfant ravage"), des manifestations neuro-méningées, de véritables crises comitiales et des bouffées de confusions mentales.

Enfin l'ascaridiose peut mettre en danger la vie de l'enfant par des complications chirurgicales. Notre fréquentation des services hospitaliers de St Denis nous a permis de prendre connaissance de plusieurs observations d'occlusions, d'abcès du foie, d'abcès vermineux et même de péritonites.

Les interventions pour appendicite ayant entraîné la découverte d'ascaris sont fort nombreuses au Centre Hospitalier de St Denis.

L'oxyurose aussi est fréquente ; les lésions de grattage infectées, impétiginisées, périnéales, interfessières nous en apportent la preuve. Les mamans parlent de la présence de "vers de lait" ou de "vermichons" dans les selles des enfants.

Il est plus difficile en P.M.I. de juger de l'importance de l'anguillulose, de même que de l'ankylostomiase.

La diarrhée, les troubles du transit sont des symptômes tellement banaux, à la Réunion. Il en est de même pour l'anémie. Les carences martiales sont excessivement fréquentes.

L'absence d'examen de laboratoire ne nous permet pas, de la même manière, d'évaluer la fréquence de l'amibiase.

Nous voyons chaque jour à nos consultations des enfants et assez souvent des nourrissons qui souffrent de diarrhée sanglante, présentent des syndromes dysentériques.

Mais diarrhée sanglante n'est pas synonyme d'amibiase, car il existe aussi des candidoses et des géotrichoses.

L'action de la P.M.I. dans la lutte contre le fléau parasitaire est réduite.

Elle est essentiellement médicamenteuse.

Si les médecins de P.M.I. n'ont pas le droit de rédiger d'ordonnance, la D.A.S.S. de la Réunion met toutefois à leur disposition quelques vermifuges qu'ils peuvent donner gratuitement aux familles.

Ces médicaments sont le Pipérol Fort Lacroix, La Nématorazine et depuis Avril 1973 : le Solaskyl. Ils n'agissent que sur quelques parasites. Les deux premiers ne semblent efficaces que dans l'ascaridiose et l'oxyurose ; le dernier, très actif sur les ascaris, présenterait aussi une action sur les ankylostomes.

Ne pouvant pas prescrire d'examens coprologiques et ne possédant aucun matériel (microscope, focaliseur, lames, lamelles et colorants divers), pour rechercher nous-mêmes les oeufs de parasites, nous distribuons ces anti-helminthiques un peu au hasard.

Nous les prescrivons à tous les enfants qui ressentent les manifestations pathologiques de l'ascaridiose et de l'oxyurose.

Les "porteurs sains" échappent au déparasitage et continuent à assurer la dissémination parasitaire.

Ces thérapeutiques n'agissent que sur les vers adultes, elles n'ont aucun effet sur les formes infectantes ni sur les formes de migration larvaire, intra-organiques qui précèdent l'installation des vers dans le tube digestif.

Comme les réinfections sont permanentes, il faut sans cesse renouveller ces cures de vermifuges.

Dans son étude, le Professeur LARIVIERE a classé les individus dont il a examiné les selles en trois groupes :

a) sujets ayant eu un traitement antiascaridien datant de moins de deux mois (pipérazine et dérivés) (87 sujets)

b) sujets ayant un traitement datant de plus de 2 mois (169 sujets)

c) sujets n'ayant pas eu de traitement antiascaridien (312 sujets).

Les pourcentages d'individus infectés par l'ascaris sont les suivants dans les trois groupes et pour l'ensemble :

	Pourcentage de sujets infectés par l'ascaris
Traitement datant de moins de 2 mois	53 %
Traitement datant de plus de 2 mois	65 %
Pas de traitement	69 %
Echantillon total (568 selles)	65 %

Le délai de deux mois a été choisi en fonction du cycle de l'ascaris ; il faut qu'environ deux mois s'écoulent après l'infection pour que les oeufs du parasite soient présents dans les selles.

Nous voyons, d'après cette observation, que 53 % des sujets traités depuis moins de deux mois restent parasités.

L'action médicamenteuse paraît donc limitée et de courte durée. Cependant elle n'est pas inutile : elle conserve toute sa justification dans la lutte contre les manifestations pathologiques de l'ascaridiose et de l'oxyurose.

Après expulsion de "poignées" de vers, sous l'effet des vermifuges, les enfants reprennent appétit et poids, leur périmètre abdominal diminue.

Sur le plan de l'éducation sanitaire, la P.M.I. joue un rôle insignifiant. Médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices n'ont pas suffisamment le temps, lors des consultations toujours surchargées, d'apprendre aux mamans les notions et principes d'hygiène les plus élémentaires.

Ils n'ont pas été préparés et formés pour ce travail.

Dans les facultés et écoles d'infirmières françaises, ils ont reçu uniquement un enseignement de médecine curative. Ils s'intéressent peu à la médecine sociale préventive et ignorent les techniques simples d'éducation sanitaire.

Enfin, la P.M.I. ne touche pas l'ensemble de la population : son message n'atteint que les mères de famille. Les hommes et les adolescents ne fréquentent pas les dispensaires.

LA GALE ET LES DERMATOSES

La gale représente à la Réunion un véritable fléau. L'absence totale d'hygiène, la promiscuité assurent le plein développement de cette parasitose.
La contamination est à la fois familiale et scolaire.

Les jeunes enfants sont particulièrement éprouvés par cette maladie. Les lésions cutanées envahissent rapidement tout le corps, elles s'infectent et mettent en danger la vie même des nourrissons. Les services de Pédiatrie sont envahis d'enfants atteints de gale surinfectée qui nécessitent en moyenne 15 jours d'hospitalisation pour être débarrassés de leur affection. Le nombre de galeux dans un service hospitalier d'enfants varie ainsi entre 10 et 20 selon les saisons. On arrive, d'après le Docteur TURQUET, à une somme de 255 millions de francs CFA de dépenses annuelles de frais d'hospitalisation... Tout ceci en pure perte car les enfants seront contaminés à nouveau soit chez eux, soit à l'école.

On note une très nette recrudescence de cette maladie pendant la saison sèche. La population de villages entiers est atteinte sans exception. D'une façon générale, on peut dire que toutes les communes du département sont touchées, mais les foyers les plus tenaces se trouvent en zone rurale.

Le médecin de P.M.I. est désarmé devant cette affection qu'il n'a pas le droit de soigner.
Il peut seulement prodiguer des conseils d'hygiène et expliquer aux familles comment réaliser le traitement de manière efficace.
Dans tous les cas, il signale les galeux au service de la prophylaxie et les adresse au médecin-traitant ou à l'hôpital.

Le service de la prophylaxie est débordé. Il n'assure pas une désinfection efficace de l'île : l'équipe sanitaire ne se déplace pas dans un village pour un cas isolé. Il est nécessaire de rassembler 10 familles dans le même lieu pour qu'elle entreprenne une action. Dans les "hauts", en raison de l'absence de route et de la dispersion de l'habitat, la voiture de la prophylaxie ne peut se rendre dans certains hameaux contaminés.
De plus, dans les villages d'accès aisés, les familles malades sont très difficiles à trouver. Les "cases" sont toutes identiques, les chemins n'ont pas de nom et les habitants ont tous le même patronyme. Les préposés locaux ont bien du mérite, ils sont sans doute plus avertis que les employés de la prophylaxie.

Enfin, les gens ne sont traités qu'une seule fois alors qu'il faudrait pouvoir le faire trois fois de façon consécutive pour obtenir un résultat valable. Ceci ne fait que souligner l'inefficacité de ce qui est fait officiellement actuellement.

En 1972, le service de la prophylaxie a soigné 17.400 personnes avec du Benzoate de Benzyl et a désinfecté 2.480 maisons.

Le coût des produits peut être évalué à 3 millions F CFA pour la désinfection du mobilier et des habitations, 7.500.000 francs CFA pour le traitement des personnes.

Pour les malades traités en ville, si on estime à 300 cc. la quantité de produit nécessaire pour faire un traitement correct, le prix de revient d'un seul traitement est d'environ 1.000 francs CFA.

Les enfants jamais lavés sont couverts d'impétigo, pyodermite, staphylococcie de toute sorte, prédominant notamment sur le cuir chevelu, les membres et la région interfessière.

Il faut souligner aussi, sans doute en raison du climat, la grande fréquence des mycoses cutanées : Pytériasis Versicolor, sans danger mais inesthétique.

Il est particulièrement regrettable que toutes ces dermatoses contagieuses ne puissent être soignées au dispensaire de P.M.I.

Ces lésions sont suffisamment visibles et gênantes pour que les malades s'en aperçoivent. Il n'est donc pas nécessaire de rémunérer un médecin et une équipe para-médicale pour signaler les malades aux familles. La prévention, dans ce cas, consisterait à traiter.

Pour toute affection cutanée, la population emploie indifféremment le "Végébom", baume du Docteur MIOT vanté 5 à 6 fois par jour sur les antennes de Radio-Réunion : "Le baume du Docteur MIOT attaque le mal à la racine, il adoucit et soigne toutes les parties du corps".

Là encore, la publicité induit en erreur ces pauvres gens sans culture qui, au lieu de suivre l'ordonnance du médecin-traitant, appliquent sur les brûlures, les orgelets, les furoncles, cette pommade sans propriété antiseptique.

LES VACCINATIONS

- anti-diphtérique
- anti-tétanique
- anti-poliomyélitique
- anti-coquelucheuse
- anti-variolique

Depuis le 1er janvier 1963, la P.M.I. est chargée à la Réunion de la vaccination de tous les enfants de 0 à 6 ans. Avant cette date, la responsabilité des vaccinations obligatoires incombait aux mairies. Le retard dans ce domaine était très grand. Le service de la P.M.I. a entrepris un effort considérable pour mettre à jour les vaccinations, non seulement des enfants de moins de 6 ans, mais encore des enfants d'âge scolaire. Il persiste actuellement un grand nombre d'adultes non vaccinés.

DIPHTERIE, TETANOS ET POLIOMYELITE DECLARES A LA REUNION (DE 1966 A 1971) ET DANS LE DOUBS (DE 1969 A 1971)

Année	1966	1967	1968	1969		1970		1971	
	Réunion	Réunion	Réunion	Réunion	Doubs	Réunion	Doubs	Réunion	Doubs
Diphtérie	4	3	2	2	0	10	0	5	0
Tétanos	33	26	27	31	0	27	2	5	0
Poliomyélite	21	13 dt 5	6 dt 1	17 dt 1	0	13 dt 0	1	0	0

dt = dont confirmés

Pour bien préciser la situation sanitaire de l'île, le département du Doubs dont le nombre d'habitants correspond approximativement à celui de la Réunion, a été pris comme département métropolitain de référence.

La diphtérie n'est pas totalement absente. Quelques cas isolés surviennent encore chaque année chez des enfants non vaccinés. Il faut se rappeler que :

73 cas sont 15 décès avaient été déclarés en 1958
42 cas dont 8 décès " " " en 1959
48 cas dont 5 décès " " " en 1962

Cependant, cette maladie tue encore des enfants de nos jours à la Réunion.

Décès par diphtérie

1966	1967	1968	1969	1970	1971	Année
2	1	1	2	1	1	Décès

Le tétanos :

Les cas de tétanos sont encore nombreux à la Réunion. Le tétanos néo-natal représente plus du tiers des décès dûs à cette maladie. L'accouchement à domicile par des "matrones", le manque d'asepsie expliquent la fréquence élevée du tétanos néo-natal. La P.M.I. vaccine les femmes enceintes afin de les protéger elle-même et d'assurer à l'enfant une immunité passive pendant les premières semaines de la vie.

Décès par tétanos

Année	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Décès	31	28	21	23	16	13

La poliomyélite :

Aucun cas de poliomyélite n'a été déclaré en 1971. Depuis 1966, nous n'avons pas connaissance de décès par cette maladie.

La coqueluche :

Ici aussi, la vaccination semble responsable de la nette régression des épidémies.

En 1958, il y avait eu 79 cas de coqueluche déclarés dont 23 décès
En 1959, il y avait eu 407 " " " " " 118 décès

Actuellement, cette maladie n'est déclarée que de façon exceptionnelle et seuls les chiffres de décès sont à prendre en considération.

Décès par coqueluche

Année	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Décès	0	18	0	1	0	2

I - VACCINATIONS DES ENFANTS DE 0 A 6 ANS

Les municipalités font parvenir régulièrement tous les mois au centre administratif de Saint Denis la liste nominative des naissances. La P.M.I. envoie aux maires, en échange, le nombre de carnets de santé correspondant au chiffre de naissance. Ces carnets sont délivrés alors aux familles par le bureau de l'état civil. Depuis janvier 1973, il s'agit des nouveaux carnets proposés par le ministère et beaucoup plus complets que les anciens.

Le service central de la P.M.I. établit chaque semestre le registre des vaccinations. Il adresse au responsable de chaque secteur la liste des nouveaux-nés qui le concerne. Le secrétariat du secteur se charge de faire parvenir une convocation aux familles. L'auxiliaire de puériculture effectue une visite au domicile des parents si la lettre est restée sans effet.

Les vaccinations sont toutes inscrites dans le carnet de santé et signées par le médecin vaccinateur.

Calendrier des vaccinations et vaccins utilisés

1. *Vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique, et anticoquelucheuse.*

Pour les enfants qui n'ont pas reçu le B.C.G. au cours du premier mois, nous commençons simultanément les vaccinations : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique et anticoquelucheuse dès le troisième mois ; pour les autres, nous attendons quatre mois.

Jusqu'en 1972, nous avons utilisé les deux vaccins : D.T. Polio et anticoquelucheux adsorbé Perhydral de l'Institut Pasteur. Nous pratiquions le même jour, une injection de D.T. Polio dans une fosse sous épineuse, et une injection de Perhydral dans l'autre fosse sous-épineuse. Cette méthode nous permettait de vacciner efficacement les enfants de parents indisciplinés.

Trop de mamans sont incapables, en effet, de s'astreindre à venir régulièrement au dispensaire plusieurs mois de suite. D'une manière générale, elles appréhendent les vaccinations autant que leurs enfants. Elles veulent leur épargner cette souffrance et tous les prétextes sont bons pour retarder les injections. L'enfant est soit-disant malade et on ne le présente pas à la consultation. La maman oublie volontairement d'apporter des urines, croyant ainsi que son bébé échappera aux injec-

tions obligatoires. Enfin, certains parents, spécialement dans le milieu malabar restent fondamentalement hostiles à toute forme de vaccin. Certains enfants reçoivent un très grand nombre d'injections sans être jamais correctement vaccinés.

Le vaccin D.T. Polio adsorbé de l'Institut Pasteur a le grand avantage de permettre des intervalles assez long entre les injections :

- 2 mois au maximum entre les deux premières piqûres,
- 6 mois " " " la deuxième et la troisième,
- 2 ans " " " la dernière injection et le rappel.

Le vaccin Perhydral offre moins de souplesse :

- 1 mois au maximum entre les deux premières injections,
- 2 mois " " " la deuxième et la troisième,
- 18 mois pour le rappel.

Mais l'importance de la vaccination anti-coquelucheuse est moindre.

Depuis 1973, la P.M.I. de la Réunion emploie le vaccin Tétracoq de l'Institut Mérieux. Ce vaccin tétravalent, s'il diminue de moitié le travail de l'infirmière, n'offre pas les facilités de l'ancienne méthode. L'intervalle entre les injections ne doit pas dépasser deux mois dans tous les cas. Un rappel doit être fait six mois après la dernière piqûre. Nous craignons que beaucoup de Réunionnais soient moins bien immunisés contre ces quatre maladies avec ce type de vaccin.

Notre médecin administrateur a choisi le Tétracoq afin de poursuivre la vaccination anticoquelucheuse. En effet, depuis 1973, l'état ne veut plus assurer la gratuité du vaccin Perhydral car la vaccination anticoquelucheuse n'est pas obligatoire. En utilisant le vaccin Tétracoq notre administrateur a détourné cette difficulté d'ordre financier.

L'enfant réunionnais, du fait de sa déficience physique et morale, a grand besoin d'être protégé contre la coqueluche, les épidémies du passé nous le confirment. Nous souscrivons pleinement à la décision de notre administrateur.

2. *Vaccinations antivarioliques*

Nous nous efforçons de pratiquer la vaccination antivariolique au cours des deux premières années de la vie et de préférence au cours de la seconde année, conformément aux recommandations actuelles.

Mais cette vaccination nous pose beaucoup de problèmes et il ne nous est pas toujours possible de la réaliser en temps voulu.

De nombreux enfants nous échappent une fois la dernière injection du vaccin tétravalent terminée. Les familles changent fréquemment de domicile. Elles disparaissent dans la nature et l'assistance sociale ou l'auxiliaire de puériculture ne peuvent les joindre pour les amener au dispensaire.

Nous sommes parfois contraints de réaliser la primo-vaccination chez de grands enfants.

Le mauvais état cutané de nos jeunes patients retarde continuellement cette vaccination.

La gâle sévit à la Réunion de façon endémique. Elle atteint dans certains villages la totalité de la population.

Les dermatoses infectieuses, en raison d'une hygiène déplorable, sont particulièrement fréquentes. La cicatrisation des plaies est très longue à obtenir sous ce climat tropical humide.

Enfin, il est nécessaire d'être très prudent lorsqu'on réalise des vaccinations de masse.

Il faut rechercher soigneusement les antécédents convulsifs chez les enfants. La Réunion semble, en effet, être une région du monde où l'épilepsie est la plus répandue.

Nicole et Alain BOYER-VIDAL donne un chiffre de prévalence de 1.900 épileptiques pour 100.000 habitants. Le nombre de nouveaux cas déclarés chaque année avoisine 92 pour 100.000 habitants.

NOMBRE DE VACCINATIONS EFFECTUEES EN 1971 PAR LA P.M.I.
SELON L'ANNEE DE NAISSANCE DES ENFANTS

Année de naissance	1971	1970	1969	1968	1967	1966	1965	TOTAL
D.T.P.	12.366	20.169	4.777	2.718	2.058	1.677	638	44.403
Rappel D.T.P.	-	2.296	7.525	2.600	1.569	1.892	1.720	17.602
COQ	12.180	20.048	4.105	1.591	1.055	566	248	39.793
Rappel COQ	-	1.893	6.945	2.599	1.070	490	234	13.231
A.V.	3.316	6.608	2.424	1.330	1.115	799	378	15.970

II - VACCINATIONS DES SUJETS AGES DE PLUS DE SIX ANS, pratiqués dans les dispensaires.

Ces vaccinations sont faites, soit par les médecins P.M.I., soit par des médecins vacataires, avec toujours le concours du personnel para-médical du Service de P.M.I.

Toutes les fiches départementales de vaccinations D.T. Polio et antivariolique, à l'exception de celles de St-Denis, sont tenues par les sécrétaires de la P.M.I., sous la responsabilité du personnel para-médical, notamment des sages-femmes.

Les fiches de vaccinations de tout sujet âgé de plus de six ans se trouvent dans les dispensaires établis dans les agglomérations où il y a une mairie ou une annexe de mairie.

- Antivariolique (revaccination) ..... 2.316 injections en 1971
- D.T. Polio ..... 2.956 " " "
- D.T. Polio Rappel ..... 9.889 " " "

LE B.C.G. ET LES PROBLEMES DU DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

La malnutrition, l'alcoolisme, l'insalubrité de l'habitat, la misère, toutes les conditions de vie socio-économique déplorables qui caractérisent le département de la Réunion, ne peuvent que favoriser le développement de l'endémie tuberculeuse.

Une vigilance particulière et une lutte active devraient être organisées dans ce domaine.

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose déclarés chaque année est bien inférieur à la réalité.

La plupart des médecins libéraux ne signalent pas leurs malades à l'Inspection Départementale de la Santé.

Les chiffres des statistiques officielles proviennent uniquement des déclarations des organismes publics : dispensaires anti-tuberculeux, hôpitaux, service de la P.M.I. et de l'hygiène scolaire.

Un très grand nombre de tuberculeux ne sont pas dépistés car les moyens mis en oeuvre pour cerner ce fléau sont très insuffisants et précaires.

NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE DECLARES AU COURS DES 4 DERNIERES ANNEES

Années	1968	1969	1970	1971
Primo-infections (virage simple)	153	583	824	673
Tuberculoses ganglionnaires hilaires	13	69	120	122
Pleurésies tuberculeuses	7	24	19	19
Pleurésies pulmonaires	71	370	381	326
Tuberculoses des autres organes	0	2	7	2
Récidices de tuberculoses	2	41	66	27
TOTAL	246	1.089	1.487	1.169

Le taux de morbidité est en 1970 de : 2,6 ‰

DECES PAR TUBERCULOSE

Années	1968	1969	1970	1971
Tuberculose respiratoire	63	57	59	63
Méningite tuberculeuse	0	0	1	2
Tuberculose : autres formes	0	2	2	0
TOTAL	63	59	62	65

Les responsables sanitaires du département ont longtemps ignoré la prophylaxie de cette maladie par le moyen simple du contrôle de l'allergie tuberculinique et la vaccination B.C.G.

Il a fallu attendre 1969 pour qu'une campagne de vaccinations B.C.G. s'organise grâce au concours de médecins volontaires à l'Aide Technique.

Les dispensaires anti-tuberculeux ont pratiqué :

- en 1968 ..... 6.136 B.C.G.
- en 1969 ..... 18.599 B.C.G.
- en 1970 ..... 10.430 B.C.G.

A partir de Septembre 1970, la P.M.I. prend en charge la vaccination B.C.G. pour les enfants de 0 à 6 ans.

Au cours du dernier trimestre de cette année, elle ne réalise que 2.318 B.C.G.

En 1971, elle dépasse le chiffre de 38.000

Chez les nourrissons, la vaccination a été pratiquée le plus souvent par scarifications. Par contre, l'intra-dermo a été préférée chez les grands enfants. Les médecins de P.M.I. de la Réunion ont appliqué, pour la plupart, la circulaire ministérielle de Mars 1971.

En fonction de notre expérience, il nous semble que la méthode intra-dermique est plus fidèle.

Il nous est apparu que, après le B.C.G. intra-dermique, la cuti était plus constamment positive qu'après les scarifications. Mais on ne peut en apporter la preuve statistique.

La méthode intra-dermique offre cependant à la Réunion deux avantages certains :

Premièrement, elle est pour un médecin entraîné beaucoup plus rapide, ce qui n'est pas négligeable lors des vaccinations de masse.

Deuxièmement, la cicatrice inesthétique, indélébile provoquée par cette

technique permet pratiquement toujours d'affirmer que l'enfant a été vacciné. Elle ne peut être confondue avec la trace de la vaccine plus haut située.

Comme le carnet de santé est souvent oublié ou perdu, et comme les familles changent plusieurs fois de domicile et de communes dans la même année, il reste sur l'enfant la preuve physique du B.C.G., ce qui évite bien des recherches.

NOMBRE DE VACCINATIONS EFFECTUEES EN 1971 PAR LA P.M.I.
SELON L'ANNEE DE NAISSANCE DES ENFANTS

Année de naissance	1971	1970	1969	1968	1967	1966	1965	TOTAL
BCG /S	1.204	2.543	1.562	455	142	69	37	6.012
BCG I.D.	8	518	3.332	5.876	7.747	8.423	6.383	32.287
Timbre + à la 1ère pose	4	56	99	137	163	187	180	826
Nombre de contrôles	317	656	1.027	2.585	1.824	2.456	1.797	10.662
Nombre de contrôles positifs	78	482	722	1.056	1.757	1.936	1.738	7.769

ENFANTS N'AYANT JAMAIS RECU LE B.C.G.

Age des enfants	inférieur à 1 an	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	TOTAL
Nombre d'enfants testés	895	2.405	3.867	3.746	6.065	6.036	4.623	27.637
Nombre de cuti positives	4	56	99	137	163	187	180	826
Rapport : 1 ‰	4,4 ‰	23,2 ‰	25,5 ‰	36,5 ‰	26,8‰	30,9‰	38,9‰	29,9 ‰

Au cours de la campagne de vaccinations de 1971, nous avons mis en évidence une allergie positive à la tuberculine chez 826 enfants sur un total de 27.637 enfants âgés de 0 à 6 ans, n'ayant jamais reçu le B.C.G.

Ainsi, approximativement 3 % (exactement 2,99 %) des enfants examinés présentaient une primo-infection ou une tuberculose évolutive.

Le groupe d'âge de 3 à 6 ans représente, d'après notre tableau, la fraction la plus contaminée.

Ces chiffres nous montrent de façon évidente qu'il est nécessaire de vacciner bien avant l'âge légal, et même le plus tôt possible, c'est-à-dire à la naissance car la tuberculose chez les nourrissons n'est pas exceptionnelle.

Depuis 1972, tous les nourrissons de moins de 2 mois, reçus dans les centres de P.M.I., sont vaccinés systématiquement par scarifications.

Les enfants amenés plus tardivement au dispensaire, reçoivent le B.C.G. après les injections de vaccin tétravalent et après un contrôle de l'allergie tuberculinique.

L'allergie tuberculinique est vérifiée tous les ans, soit directement par une intra-dermo à la tuberculine dans les centres bien équipés, soit dans un premier temps par un timbre et dans un deuxième temps par une intra-dermo si le timbre est devenu négatif.

Les enfants sont systématiquement revaccinés lorsque l'intra-dermo est négative.

Le rôle de la P.M.I. se limite malheureusement à la prévention et au dépistage. Le cadre de lois qui régit ce service public lui interdit d'étendre son activité.

Sur les 826 enfants dépistés en 1971, combien sont repartis dans la nature sans examen et sans traitement ?

Les médecins de P.M.I. confient habituellement leurs malades aux dispensaires anti-tuberculeux. Mais au début de l'année 1973, pas un seul dispensaire de l'île ne possédait un appareil de radiographie ou de radiophotographie.

Dans ces centres, les enfants subissent le plus souvent une radioscopie unique et repartent définitivement chez eux (tel est le cas à St Denis).

Un contrôle radioscopique peut être exigé chez les porteurs d'adénopathies volumineuses.

Aucun traitement n'est donné.

Fonctionnaires comme nous, les médecins des dispensaires anti-tuberculeux ne prescrivent pas.

Nous avons retrouvé quelques anciens clients de ces utiles dispensaires dans certains services de pédiatrie de St Denis, avec des tuberculoses historiques.

Il est assez illusoire à la Réunion d'adresser les primo-infections aux praticiens, car bien rare sont ceux qui les traitent.

Nous avons donc, de ce fait, pris l'habitude de confier tous nos malades aux services hospitaliers privés ou publics.

La radiographie, le tubage gastrique et les examens de sang peuvent être réalisés en une journée, et s'il est nécessaire, l'enfant est gardé.

Dans tous les cas, si l'allergie positive est bien confirmée, l'enfant est traité.

Il existe un camion radio-photo qui effectue chaque semaine le tour de l'île.

Ce camion-radio n'a pas été acheté tout équipé, prêt à l'emploi. Il ne s'agit pas d'un appareil de radio-photo mobile, conçu comme tel dès le départ.

Il s'agit d'un montage hétéroclite : un appareil de radio-photo destiné à un usage fixe a été installé par les soins des services techniques de la DASS sur la plate-forme d'un véhicule utilitaire.

Le résultat est désastreux, non fonctionnel. L'appareil est continuellement en panne.

Les familles perdent parfois une journée de travail à attendre vainement le résultat d'une réparation.

Nul ne sait faire fonctionner l'appareil. Les clichés sont illisibles. Cependant ils nous reviennent avec 3 mois de retard avec constamment la mention I.T.N. (image thoracique normal), même lorsque le thorax n'apparaît pas sur la photo.

L'EQUIPEMENT SANITAIRE EN PEDIATRIE

I - ETABLISSEMENTS PUBLICS

	Nombre de lits	Séjour moyen	Coefficient d'occupation
- CHD : Pédiatrie	70	25	1,04
- CHD : Prématurés	9	27	1,48
- Hôpital de St Pierre Pédiatrie	40	21	0,95
- Hôpital de St Paul	40	19	1,54
- Hôpital rural de St Benoit	47	21	0,99

II - ETABLISSEMENTS PRIVES

1. But non lucratif :

	Nombre de lits	Séjour moyen	Coefficient d'occupation
Foyer de St Gilles-Les-Hauts (convalescents) ..	150	152	1,02
Préventorium du Bois d'Olives	85	324	0,70
Hôpital d'enfants à St Denis	165	35	1,00
Hôpital d'enfants à St Louis	220	37	1,11

2. *But lucratif* :

	Nombre de lits	Séjour moyen	Coefficient d'occupation
Service de Pédiatrie de la Clinique Ste Clotilde à St Denis	65	29	0,70

TOTAL DES LITS : 791

N.B. : Le coefficient d'occupation ne doit pas dans les normes, dépasser 0,80

Le département possède actuellement près de 800 lits de pédiatrie dont 556 actifs.

Mais il ne faut pas attribuer au mot lit la même signification qu'en métropole. Il serait plus exact de dire que l'île peut héberger environ 800 enfants dans les différents services de pédiatrie. En effet, dans certains hôpitaux, Saint Paul par exemple, les enfants dorment dans les couloirs parfois à trois dans le même lit. Il est important aussi de souligner que le rapport agent hospitalier par lit (0,80) est très inférieur à la proportion métropolitaine.

Cependant, conformément au calcul officiel des besoins, la Réunion apparaît d'ores et déjà suréquipée. L'indice lit-population est en France métropolitaine de 0,75. A la Réunion, compte-tenu des aspects démographiques particuliers, de la jeunesse de la population, cet indice a été élevé à 1,39.

Sur ces bases, la Commission Départementale de l'hospitalisation réunie en février 1973 a estimé pour le secteur de Saint Denis les besoins à :

Horizon 77 187 à 212 lits
Horizon 87 219 à 301 lits.

Ainsi, la circonscription de Saint-Denis apparait dès à présent pourvue pour les vingt années à venir, au minimum. Et pourtant, les services de pédiatrie sont tous submergés et les coefficients d'occupation dépassent les normes admises.

Il faut savoir que d'une part, il existe une grande carence de lits de chroniques et de convalescents, et que d'autre part, les lits sont très mal répartis dans l'île. Saint-Denis reçoit des enfants des secteurs de Saint-Paul et Saint-Benoit fortement sous-équipés.

Mais plus du tiers des hospitalisés ne devraient pas l'être. L'hypotrophie, la malnutrition, les parasitoses représentent les principales causes d'hospitalisation.

Tant que persistera cette pathologie liée aux conditions de vie socio-économique, la situation actuelle se prolongera.

SIXIEME PARTIE : ETUDE CRITIQUE DU SERVICE DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

- Bilan d'activité : fréquentation des consultations de nourrissons et d'enfants.
- Problèmes de fonctionnement.
- Les conditions de travail. Caractéristiques des dispensaires dans lesquels nous avons travaillé.
- Problèmes culturels.
- Conclusion : Limites d'action de la P.M.I. dans son cadre et ses statuts actuels.

BILAN D'ACTIVITE

CONSULTATIONS DES NOURRISSONS ET DES ENFANTS DU DEUXIEME AGE

- FREQUENTATIONS

Contrairement aux textes législatifs, les consultations de nourrissons et les consultations d'enfants du deuxième âge ne sont pas distinctes à la P.M.I. de la Réunion. Elles ont lieu, au contraire, simultanément. Tous les enfants d'un même village, quelque soit leur âge de 0 à 6 ans, sont examinés le même jour.

Ce regroupement des consultations évite aux mamans, généralement mères de famille nombreuse, deux déplacements par mois. Malgré le grand nombre de consultations, et le chiffre respectable de dispensaires (100), beaucoup de femmes sont encore obligées de parcourir à pieds, avec leurs enfants, des distances importantes en raison de l'éparpillement à l'infini de l'habitat.

Si on additionne le nombre de naissances au cours des six années de 1966 à 1971, on obtient le total de 91.549. Ce chiffre devrait représenter le nombre global d'enfants, âgés de 0 à 6 ans pour l'année 1971, si aucun décès n'était survenu. En tenant compte de la mortalité infantile, et de la mortalité des enfants de 1 à 6 ans, on peut évaluer approximativement à 86.000 la fraction de la population de l'île âgée de 0 à 6 ans en 1971.

Au cours de la même année, 73.514 enfants ont été suivis par la P.M.I. épisodiquement ou de manière régulière tous les mois. On peut donc conclure que la P.M.I. a surveillé 85 % des petits Réunionnais durant l'année 1971. Ces enfants ont bénéficié en moyenne de quatre à cinq consultations (343.704 enfants présents).

Le service de la P.M.I. est très bien implanté dans ce département. Il touche la majeure partie de la population. Les consultations et les dispensaires excessivement nombreux sont massivement fréquentés.

Les raisons qui expliquent l'assiduité des familles aux consultations sont multiples, et il semble intéressant de les examiner. Il ne faut pas, en effet, se leurrer et croire que les parents ont compris à la Réunion l'uti-

FREQUENTATION DES CONSULTATIONS

	1967	1968	1969	1970	1971	1972
. Nombre de consultations (nourrissons et enfants jusqu'à 6 ans)	3.505	3.810	3.783	3.740	3.950	3.886
ENFANTS DE MOINS D'UN AN						
. Nombre de naissances déclarées	15.991	15.857	15.154	13.437	14.432	13.740
. Nombre d'enfants nés dans l'année et vus en P.M.I.	-	14.126	11.591	11.585	11.778	10.039
. Nombre d'enfants présents	102.945	99.986	102.645	101.056	101.011	99.814
ENFANTS DE 1 A 6 ANS						
. Nouveaux inscrits	7.528	7.816	6.100	6.580	5.067	-
. Nombre d'enfants de 1 à 6 ans suivis en P.M.I.	-	56.007	55.502	59.531	61.736	-
. Nombre d'enfants présents	289.827	285.070	291.040	330.356	343.704	294.072
. Nombre total d'enfants suivis	-	70.133	67.093	71.116	73.514	-
. Nombre total d'enfants présents	392.772	385.056	393.685	432.244	444.715	393.886

lité de cette forme de médecine préventive et la nécessité pour leurs enfants d'être vaccinés et examinés par un médecin de temps à autre.

Ils sont avant tout très fortement attirés par les distributions gratuites de lait, les dons de biberons, tissus, et les primes de toutes sortes dispensées par la P.M.I. avec toutes les réserves que cela comporte.

Dans le but de prévenir les carences nutritionnelles et surtout protidiques, à l'initiative du Professeur Robert DEBRE, la P.M.I. distribue du

lait aux familles. Elle donne 1 ou 2 kg de lait en poudre écrémé tous les mois par enfants de 0 à 6 ans. Pour cette raison, nous demandons instamment que tout enfant du deuxième âge, lorsque ses vaccinations sont terminées et que son état de santé est bon, soit présenté à la consultation au moins tous les trois mois. Entre-temps, il suffit que la mère présente le carnet de santé de l'enfant à la sage-femme pour percevoir le lait sec.

Les enfants de 0 à 2 ans ont droit en plus à deux boîtes de lait concentré sucré de 400 g et deux paquets de farine Phosphatine de 250 g. par mois.

Aux nourrissons présentant des troubles digestifs, diarrhée, ou aux enfants sortant des hôpitaux, nous donnons du lait de régime (lait sec demi-écrémé Guigoz ou lait acidifié : Pélargon).

Les familles nécessiteuses reçoivent des rations supplémentaires de lait et farines, mais encore biberons, tétines, tissus, etc... leur sont fournis gracieusement.

PRIMES DISTRIBUEES AU COURS DE L'ANNEE 1971

- 6.100 caisses de lait concentré sucré de 48 boîtes.
- 2.666 " de Phosphatine de 60 paquets.
- 2.880 boîtes de lait Pélargon.
- 6.040 " de lait Guigoz écrémé.

- 240 boîtes d'Arobon.
- 3.000 coffrets de calcium.
- 5.000 flacons d'Hydrosol.
- 2.000 mètres de tissus.

- et 468.325 kilogrammes de lait sec.

Le service social exerce aussi un certain chantage sur les familles. Constamment sollicité, il n'accorde les subsides, l'Aide Médicale Gratuite que dans la mesure où les parents acceptent une certaine surveillance des enfants.

Enfin, les familles sont fréquemment rappelées à l'ordre. Lorsqu'elles oublient de se présenter, elles reçoivent soit la visite à domicile de l'auxiliaire de puériculture, ou de l'assistance sociale, soit une convocation par voie postale.

En 1972, sur 13.470 naissances déclarées 10.039 enfants ont été examinés par les médecins de la P.M.I. au cours de leur première année de vie. Ce résultat est essentiellement dû aux convocations individuelles adressées aux parents, en vue de la vaccination des enfants.

La fréquentation des dispensaires diminue notablement pour les enfants de 3 à 6 ans. Une fois vacciné, la mère ne juge plus nécessaire de présenter l'enfant. Cela est bien regrettable, car à cet âge, beaucoup d'enfants présentent des maladies carentielles (carences en protides, vitamines et calcium).

PROBLEMES DE FONCTIONNEMENT

La P.M.I. de la Réunion est sans aucun doute, proportionnellement au nombre d'habitants du département, le service de P.M.I. le plus important de France. Nous savons en effet, que la loi prévoit seulement une consultation de nourrissons pour 8.000 habitants, et une consultation prénatale pour 20.000 habitants. Nous avons vu aussi dans le chapitre précédent que la P.M.I. de la Réunion contrôle 85 % des enfants de 0 à 6 ans, contre 25 % environ en métropole.

La P.M.I. de la Réunion n'a commencé à prendre un développement réel, il y a 8 ou 10 ans seulement, avec un personnel réduit et des moyens précaires. Grâce à la volonté de son médecin administrateur, et dans les conditions difficiles inhérentes à ses débuts, ce service est devenu aujourd'hui un important organisme médico-social.

L'extension de son activité, l'augmentation de son personnel, et sa technicité accrue aurait dû nécessairement entrainer une réforme de structure. La direction est restée identique, sous la seule responsabilité du médecin administrateur. Ce dernier a un travail qui dépasse ses possibilités. Sa tâche est considérable, il assure les moindres détails de fonctionnement des 100 dispensaires. Il n'est secondé par personne.

Saint Denis décide de tout. La centralisation est excessive. Les médecins de secteur n'ont droit à aucune initiative. Ils ne peuvent adapter leur travail et leurs consultations en fonction des situations locales. Puéricultrices, infirmières, sages-femmes se retranchent toujours derrière les ordres et consignes de Saint Denis et refusent d'obéir à leur chef direct.

Saint Denis reste un secteur privilégié, un centre pilote qui dispose d'un personnel nombreux. Le plus gros effort semble-t-il ne devrait pas être porté sur la capitale où les investissements sociaux sont déjà importants, où l'eau est potable, et où vit une classe nombreuse de fonctionnaires aisés. On nous a demandé d'abandonner notre secteur (Sainte Marie - Sainte Suzanne) pour venir remplacer le médecin de Saint Denis I, chaque fois que ce dernier était malade. Nous avons toujours jugé être plus utile à Sainte Marie qu'à Saint Denis.

Durant nos seize mois passés à la Réunion, une seule fois les médecins de P.M.I. de l'Île ont été réunis sous l'initiative et la présidence de l'administrateur. Nul ne peut faire part de son expérience.

Enfin, il existe très peu de rapports avec les différents organismes de la protection de l'enfance. Chacun travaille de son côté ignorant l'autre. Il est vrai que l'hygiène scolaire parait inexistant.

LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Durant l'année 1971, 444.715 enfants au total ont été présentés aux 3.950 consultations données dans les divers centres de P.M.I. Cela représente une moyenne de 112 enfants par séance.

Ce chiffre cependant très élevé, ne rend pas suffisamment compte du surmenage du personnel et du médecin.

En effet, dans les petits dispensaires ouverts seulement une fois ou deux par mois, les consultations pré et post-natales et les consultations d'enfants sont groupées.

Il faut souligner aussi la grande variabilité du nombre des présents et la difficulté d'équilibrer les différentes séances :

- Nos familles se déplaçant à pieds, parfois sur de longues distances, sont très sensibles aux intempéries et quand il pleut nous sommes pratiquement sans travail. Malheureusement, nous devons toujours rattraper le temps perdu.
- Les mamans sont habituées à venir régulièrement tous les mois chercher leur ration de lait. Elles ne laissent pas passer un tour.
- Toute journée cyclonique mais aussi toute journée chômée sont responsables du regroupement de la clientèle de deux consultations dans une même séance.

Et ce déséquilibre se répètera les mois suivants.

Ainsi il n'est pas rare de recevoir 200 et même 250 enfants par matinée.

Dès 7 heures 30 du matin, les femmes se pressent et se bousculent aux portes du dispensaire. Chaque maman porte au moins un enfant dans ses bras ; souvent elle en tient deux serrés contre sa poitrine. Le plus grand, âgé de 18 mois à 2 ans, est en effet rarement plus lourds que le petit dernier ayant 6 à 9 mois. Il est aussi particulièrement jaloux et supporte mal d'être à terre.

Les Réunionnais, peu corrompus par le progrès automobile, sont d'excellents marcheurs. Mais curieusement, ils ne cherchent pas à développer tôt la fonction de locomotion chez leurs enfants. Au contraire, ils les portent très tard comme des paquets. Les aînés ainsi, au lieu d'aller à l'école, font office de baudet et le petit frère ou la petite soeur sur les épaules, ils accompagnent leur mère.

La femme de service, domiciliée proche du dispensaire, est la première personne responsable sur les lieux. A 8 heures, elle ouvre le local et distribue des numéros d'appel. Le reste de l'équipe para-médicale et médicale,

convoyé par le chauffeur dans la voiture de service se joint à elle plus tardivement. Son retard est fonction de l'éloignement du lieu de consultations par rapport à St Denis ou du centre de base.

La secrétaire ou plutôt l'employée qualifiée pompeusement ainsi, ramasse les carnets de santé et sort les dossiers selon l'ordre d'arrivée des mamans.

L'auxiliaire de puériculture pèse l'enfant tout habillé. Elle note sur sa fiche et sur le carnet de santé l'âge, le poids et le gain de poids. Elle donne les aliments pour nourrissons : laits et farines.

Le lait écrémé pour les grands est sous la responsabilité de la femme de service.

Ce lait, stocké dans de grands sacs de 25 kilos, est réparti par ses soins dans de petits sachets en plastique de un ou deux kilos remis au mamans.

La sage-femme inspecte l'enfant sommairement. Elle interroge la maman sur sa santé et le régime. Elle prodigue des conseils hygiéniques et alimentaires. Elle consigne ces observations dans le dossier. C'est elle, enfin, qui prend la responsabilité de l'adresser ou non au médecin.

L'infirmière est chargée des vaccins sauf du B.C.G. qui est fait par le médecin.

Toutes ces opérations, secrétariat, pesée, distribution de lait, vaccinations, peuvent se dérouler, y compris l'examen médical, dans la même pièce. Il s'agit parfois, comme à Bagatelle, d'un local en tôle de 12,5 mètres carrés sans eau, sans électricité, sans téléphone.

Le bruit produit par les pleurs des enfants et le bavardage incessant des femmes est insupportable.

Les degrés de chaleur sous les plaques de tôles nues sous le soleil atteignent des chiffres impressionnants : jusqu'à 39° !

En été, l'atmosphère est irrespirable. Les mamans épuisées par une grande marche et une très longue attente, debout sous un soleil de plomb, sans le moindre abri, sont totalement imperméables à tous conseils.

Les enfants sont particulièrement énervés et rebelles à tout examen. Ils redoutent avec une angoisse impressionnante la vaccination. En effet, toutes les thérapeutiques médicamenteuses sont prescrites à la Réunion sous forme injectable. Ces injections sont faites par n'importe qui et sont extrêmement mutilantes. Les enfants ont une peur effroyable des piqûres qu'ils reçoivent en grand nombre.

Quelle valeur attribuer à l'examen médical dans de telles conditions ? Est-il vraiment utile d'ausculter dans un tel brouhaha ?

Si les constructions nouvelles en béton, de plus en plus nombreuses sont plus vastes et offrent plusieurs pièces, l'insonorisation n'est guère meilleure.

Le cabinet médical est pris en sandwich entre la salle de pesée et la salle de vaccination. Il donne par ailleurs, comme les deux autres pièces, sur le hall d'entrée qui sert de salle d'attente. Il est souvent très sombre et mal ventilé.

Pour remédier à ces ennuis, on est obligé d'ouvrir portes et fenêtres et de couper ainsi les derniers écrans contre le bruit. Et il n'y a personne pour faire entrer et sortir les familles dans le cabinet médical.

De toutes les façons, ces pauvres gens ne connaissent pas le fonctionnement des portes, car ils n'ont pas de telles commodités dans leur "case". On peut crier 100 fois : "Fermer la porte !". Celle-ci sera toujours poussée, jamais fermée.

Les femmes pénètrent d'elles-mêmes dans le cabinet médical, s'agglutinent et se poussent autour de la table d'examen. Une soif de curiosité les attirent. Ces consultations font partie de leurs rares distractions. De l'extérieur aussi, les gens se pressent aux fenêtres pour regarder l'action du médecin.

Le médecin doit constamment se lever et faire la police.

Il est seul face à une clientèle très nombreuses, totalement indisciplinée mais aussi particulièrement lente.

Il perd un temps précieux à déshabiller lui-même les enfants.

Il aurait besoin, comme cela existe à St-Denis, capitale privilégiée, d'une élève auxiliaire de puériculture ou d'un élève infirmier pour canaliser les mamans, aider à dévêtir et rhabiller les bébés.

Les conditions d'hygiène les plus élémentaires ne sont pas respectées. Dans ces "cases" sans eau, l'auxiliaire de puériculture, l'infirmière, la sage-femme, le médecin manipulent les nourrissons les uns après les autres, sans jamais se laver les mains. Ils ne peuvent que se verser de temps à autre un peu d'alcool sur les doigts.

Le drap de la table d'examen n'est changé que trois à quatre fois dans la matinée, c'est-à-dire quand il est bien imprégné d'urine et de matières, pas avant. Le dispensaire ne dispose pas de drap en nombre suffisant pour le remplacer après chaque gale ou chaque impétigo.

Quand il n'y a pas de W.C., les femmes et les grands enfants qui les accompagnent, vont se cacher derrière la bâtisse, chacun à leur tour, pour faire leurs besoins à même le sol. Et l'odeur d'excréments envahit la salle de consultation.

A Deux Rives, une fenêtre du local donne directement sur un élevage de porcs.

Enfin, dans certains dispensaires polyvalents, comme à St André, les consultations de nourrissons ont lieu dans la pièce où se tiennent les visites de contrôle de la Sécurité Sociale et les *consultations pour les tuberculeux*.

Si les constructions récentes sont pourvues d'eau et de sanitaires, elles sont le plus souvent très mal entretenues et sales.

La plupart des femmes de service responsables de la propreté des lieux n'ont aucune notion d'hygiène. Elles font preuve aussi d'une grande paresse.

Comment éduquer les mamans si le dispensaire ne peut servir d'exemple ?

CARACTERISTIQUES DES DISPENSAIRES DANS LESQUELS NOUS AVONS TRAVAILLE

1. *Secteur de Sainte Marie et Sainte Suzanne où nous avons été affecté.*

- Dispensaire de Sainte Marie :

  . Construction en béton
  . 3 pièces distinctes, mais contiguës pour la pesée, l'examen médical et la vaccination.
  . Local sombre et bruyant, particulièrement sale et mal entretenu.
  . Lavabos dans les trois pièces.
  . W.C.
  . Lait stocké et manipulé pour l'ensachage aux abords du W.C.
  . Téléphone
  . 1 consultation par semaine.

- "Dispensaire" de Moka :

  . Case entièrement en tôle.
  . 1 seule pièce
  . Pas d'eau
  . Pas d'évier
  . Pas de W.C.
  . Pas de téléphone.
  . 1 consultation mensuelle.

- "Dispensaire" de La Ressource :

  . Construction en béton
  . 2 pièces sont mises à la disposition de la P.M.I. par une congrégation religieuse.
  . Pas de lavabos
  . Pas de W.C.
  . Possibilité de téléphoner en cas d'urgence
  . 1 consultation par quinzaine.

- Dispensaire de Domenjod :

  . Construction en béton
  . 3 pièces distinctes mais contiguës pour la pesée, l'examen médical et la vaccination.
  . Local propre, bien tenu par une femme de service exemplaire. Ensemble cependant sombre, nécessité d'ouvrir portes et fenêtres ou d'allumer en plein

jour. Le bâtiment est construit sur un terrain en pente. Toutes les fenêtres donnant sur l'arrière ne laissent pratiquement pas entrer de jour.
. Lavabos dans toutes les pièces
. Téléphone
. lait stocké et manipulé pour l'ensachage à côté du W.C.
. 4 consultations par mois.

- Dispensaire de Rivière Des Pluies :

. Construction en béton
. 3 pièces distinctes mais contiguës pour la pesée, l'examen médical et la vaccination. Aucun écran contre le bruit.
. Local propre mis à la disposition de la P.M.I. par l'association des travailleurs sociaux.
. Lavabos dans les trois pièces
. W.C.
. Pas de téléphone
. 1 consultation par quinzaine.

- Dispensaire de Sainte Suzanne :

. Construction en béton
. L'examen médical et la vaccination se font dans la même pièce.
. Local propre
. Lavabo
. W.C.
. Pas de téléphone. Il y a cependant possibilité de téléphoner dans le bâtiment voisin où se trouve le bureau de l'assistante sociale.

- "Dispensaire" de Bagatelle :

. Case en tôle
. Une seule pièce de 12,5 m^2
. Pas d'abri pour les familles
. Pas d'eau
. Pas de W.C.
. Pas de téléphone.

- "Dispensaire" de Deux-Rives :

. Case en bois, aggloméré et tôle
. Une pièce unique mise à la disposition de la P.M.I. par un particulier, dans sa propre maison.
. Local sombre, humide
. Une des deux ouvertures de la pièce donne directement sur la porcherie.
. Possibilité pour le personnel médical d'utiliser le W.C. er le lavabo de notre hôte.
. Pas de téléphone.

- "Dispensaire" de Quartier Français :

. Construction en béton
. Une pièce unique mise à la disposition de la P.M.I. par la mairie.
. Un lavabo

. Possibilité de téléphoner
. 1 consultation par mois.

2. *Secteur de Saint André où nous avons effectué un remplacement*

- Dispensaire de Saint André :

. Construction en béton
. Dans une pièce a lieu la pesée et la vaccination, et dans l'autre l'examen médical.
. Les consultations de nourrissons ont lieu dans les locaux où se tiennent les visites de contrôle de la sécurité sociale et les consultations pour tuberculeux.
. Local sombre
. Le lait est stocké et manipulé pour l'ensachage à côté du W.C.
. Téléphone.

- Dispensaire de Salazie :

. Construction en béton
. Présence d'une pièce indépendante pour l'examen médical
. Pas de chauffage dans ce pays de montagne où il faut froid en période hivernale.
. Lavabos
. Pas de téléphone.

- Dispensaire de Hell-bourg

. Construction en béton
. L'examen médical a lieu dans une pièce indépendante.
. Pas de chauffage dans ce pays d'altitude.
. Lavabos
. W.C.
. Téléphone

- "Dispensaire" de Mare à Vieille Place :

. Case en bois recouverte de tôle
. Une seule pièce
. Local sombre, nécessité d'ouvrir portes et fenêtres.
. Evier rudimentaire
. Pas de chauffage
. Pas de téléphone
. W.C. en bois à l'extérieur, infect.

- "Dispensaire" de Grand Ilet :

. Case en bois recouverte de tôle
. Une seule pièce
. Pas de chauffage
. Pas d'abri pour les familles.
. Pas de lavabos.

. W.C. en bois à l'extérieur, infect.
. Pas de téléphone.

- "Dispensaire" de Cambuston :

. Construction en béton
. 2 pièces au centre municipal
. Eau et lavabo dans un réduit sur l'arrière
. W.C.
. Local très exigu et sale.
. Téléphone.

- "Dispensaire" de Champ-Borne :

. Baraque en bois et tôle
. L'examen médical et les vaccinations ont lieu dans la même pièce
. Pas de lavabos
. Pas de W.C.

- "Dispensaire" de Bras de Chevrette :

. Case en bois
. Local exigu attenant sur le centre municipal, sombre, nécessité d'allumer en plein jour.
. Pas d'abri pour les familles
. Pas d'eau courante pour l'infirmière, sauf dans un réduit sur l'arrière
. W.C. préhistorique au fond de la cour, la plupart du temps inutilisable.
. Téléphone.

3. A Saint Denis, si le bureau médical possède un climatiseur (pas toujours en état de fonctionnement), le dispensaire est aussi dans cette ville particulièrement sale. La poussière et les toiles d'araignées s'accumulent. Les murs sont gris. Les peintures délavées par le soleil sont recouvertes de poussière. Les fourmis grouillent autour des lavabos.

PROBLEMES CULTURELS

Aux déplorables conditions matérielles, au très grand nombre de consultants, vont s'ajouter d'autres difficultés principalement d'ordre culturel qui vont entraver le travail du médecin et sa fonction d'éducation.

Le contact n'est pas toujours facile à établir avec ces gens frustes, souvent méfiants vis-à-vis des "Z'oreilles".

Le médecin métropolitain apparaît comme un étranger, un homme riche qui vient donner des leçons aux pauvres Créoles. Il s'agit d'un peuple fier qui accepte difficilement les conseils et encore moins les reproches.

Analphabètes pour la plupart, ces femmes se sentent en position de grande infériorité vis-à-vis des personnes qui savent parler. Elles paraissent diminuées, complexées par leur difficulté d'expression.

Le dialogue ne peut s'établir aisément avec le médecin ou même la sage-femme. Elles les écoutent, figées comme des demeurées sans jamais les contredire.

Des questions bien précises, comme le nombre de biberons par jour ou le type de lait employé, n'amènent parfois aucune réponse.

Dans d'autres cas, la maman dit absolument n'importe quoi, tout ce qui lui passe par la tête.

Elle peut enfin, croyant nous faire plaisir, réciter une leçon qu'elle connait par coeur mais qui ne correspond absolument pas à la réalité.

Seuls le temps, la confiance permettent de vaincre cette timidité, le médecin, à ses débuts, est tenté de provoquer ces pauvres gens, de les insulter même afin de rompre cette étonnante passivité.

Ce n'est pas une bonne méthode car au lieu de le rapprocher, elle l'éloigne encore davantage de ces clients. *Seuls beaucoup de patience, de tact et de gentillesse* permettent d'établir un climat propre au dialogue.

Un nouvel obstacle surgit alors, celui du langage parlé proprement dit.

La langue créole est, certes, un patois dérivé du français.

Mais, indépendamment de l'accent et de la tournure des phrases différente qui rendent la compréhension difficile, beaucoup de mots n'ont pas le même sens : Par exemple "bonbon" signifie : biscuit, "figue" : banane, "pistache" : arachide, "gouter" : petit déjeuner, etc...

Des expressions particulières traduisent des symptômes et des maladies : "être relâché" ou "avoir mauvais ventre" signifie : avoir la diarrhée, "mal mouton", ce sont les oreillons, "mal machoire" : le tétanos, etc...

Il faut une certaine habitude pour comprendre et parler cette langue afin de ne pas tenir un dialogue de sourd.

A la question : "qu'est-ce qu'il mange", les mamans comprennent toujours : "est-ce qu'il marche".

Le carnet de santé n'apporte, la plupart du temps, aucun renseignement. Les médecins praticiens n'utilisent pas cette forme de dossier médical.

Seuls, les services de pédiatrie des hôpitaux et cliniques y inscrivent consciencieusement leurs constatations quand les mamans n'ont pas oublié de l'apporter.

La grande majorité des accouchements ayant lieu à domicile, nous ne possédons aucune information sur cette étape capitale de la vie, pas même le poids de naissance.

Les maternités mentionnent très rarement sur le carnet l'indice d'Apgar.

Ce carnet est parfois perdu, détruit ou oublié.

Mais, dans l'ensemble, les mamans en prennent relativement soin, car elles doivent le présenter pour obtenir chaque ration de lait écrémé.

Trop souvent, le médecin peut se trouver en face d'une personne qui n'est pas responsable de l'enfant.

En effet, dans 30 % des cas environ, selon notre étude, ce n'est pas la mère qui accompagne l'enfant mais la grand-mère, la tante, la cousine, la grande soeur, le grand frère ou la voisine.

Cette personne est le plus souvent incapable de nous renseigner sur la santé et le régime du bébé.

Elle ne s'intéresse pas et n'écoute pas les conseils qui devraient être transmis à la maman.

La plupart du temps, quand elle peut être confondue avec elle, elle ne dit rien, fait semblant de l'être.

Il est nécessaire de lui exprimer d'importants reproches sur l'hygiène du bébé par exemple, pour finalement lui entendre dire : "N'est pas mon z'enfant".

Le médecin de P.M.I. n'ayant pas d'autre moyen pour agir que la persuasion, est totalement inutile dans des cas semblables. Il prêche dans le désert.

Il est tout aussi inefficace en face des mamans persuadées de la supériorité de leurs méthodes, de la réalité de leurs croyances.

Certaines femmes restent, en effet, totalement imperméables à tout conseil. Elles paraissent tout savoir. Il est inutile de leur expliquer longuement que, seule, une hygiène défectueuse est à l'origine de l'Ascaridiose et de l'Oxyurose. Elles restent intimement convaincues que le lait "*donne des vers*" et refusent de donner du lait à leurs nourrissons.

Un enfant présentant un gros retard staturo-pondéral est, souvent pour ses parents : "petit même".

Cette expression est fataliste ; elle signifie que l'enfant est petit de nature et que rien, ni personne ne peuvent modifier cet état.

Le médecin se voit alors refuser l'hospitalisation par ces mots : "petit même, petit gabarit, docteur, mon enfant pas malade".

L'alimentation défectueuse n'est, en aucun cas pour ces parents, à l'origine de l'hypotrophie, et les prescriptions diététiques restent lettres mortes.

L'équipe médicale doit constamment tenir compte des conditions de vie des familles et ne pas donner des conseils irréalisables à ces gens de conditions misérables.

Lorsque les mamans ne peuvent matériellement pas mettre en application les prescriptions du médecin, elle ne l'écoute plus et même se moque de lui.

Le médecin doit aussi s'exprimer de façon particulièrement simple, mais claire afin qu'aucune erreur ne soit commise.

Un de nos confrères qui demandait à une maman si elle donnait du jus d'orange à son bébé, comme il lui avait prescrit, a obtenu la réponse suivante : "Oui, docteur, donne Fanta Orange tous les matins".

Si cette boisson colorée, gazeuse, est bien pauvre en vitamines C, elle a le mérite d'être fabriquée à la Réunion, et d'être bon marché.

Notre confrère a oublié que le kilo d'oranges est, dans ce département, à un prix particulièrement élevé. Il n'a pas, non plus, précisé à la maman de donner du jus de fruit frais.

La prescription de jus ou de compote de fruits locaux, meilleurs marché, tels que l'ananas, les papayes ou les goyaves auraient peut-être eu plus d'effet.

CONCLUSION

LIMITES D'ACTION DE LA P.M.I. DANS SON CADRE ET SES STRUCTURES ACTUELLES

La Réunion, département français depuis 1946, offre encore en 1973 tous les aspects d'un pays défavorisé.

La plupart des problèmes qui concernent ici la santé de la mère et de l'enfant sont intimement liés aux conditions économiques, sociales, et culturelles de l'île. Le surpeuplement, le manque de ressources, la pauvreté de l'habitat, l'insuffisance des installations sanitaires, la carence en eau potable, la pollution fécale du milieu, le défaut d'instruction et le manque de responsabilité des parents menacent et entravent continuellement le développement harmonieux de l'enfant. La santé de l'enfant réunionnais est essentiellement conditionnée par l'environnement.

Pour améliorer progressivement l'état sanitaire de la population, et être efficace, la médecine à la Réunion doit être avant tout préventive. Assainissement, éducation sanitaire, vaccinations représentent des techniques prioritaires.

Malheureusement, comme département, la Réunion bénéficie sans adaptation spécifique de l'organisation sanitaire métropolitaine : médecine libérale, pharmacie d'officine, hôpitaux départementaux, sécurité sociale, assistance médicale gratuite. Il s'agit essentiellement d'une médecine curative reçue passivement par la population.

Le Service de la Protection Maternelle et Infantile est cependant beaucoup plus développé qu'en métropole. Il est solidement implanté dans l'île et bénéficie d'un budget relativement élevé.

Mais cet organisme médico-social reste encore très insuffisant pour la Réunion. Il dispose de locaux sales, et même insalubres, indignes d'être appelés dispensaires. Le personnel n'est pas assez nombreux et parfois incompétent.

La P.M.I. de conception métropolitaine, surtout n'est pas adaptée aux structures insulaires. Elles n'utilise pas pleinement ses moyens et ses capacités en raison de son statut.

Sur le plan de l'éducation sanitaire, son action est nulle et même parfois nocive.

Médecins, sages-femmes, puéricultrice, n'ont pas le temps de réaliser une éducation nutritionnelle et hygiénique des mères. Ils n'ont d'ailleurs reçu aucune formation particulière dans ce domaine, et ne conçoivent pas ce qui leur est demandé. Ils apparaissent désarmés face à une population illétrée qui ne comprend pas leur langage.

Les distributions gratuites systématiques de lait et farine diététique ont sans doute permis d'améliorer l'état nutritionnel de certains nourrissons et enfants d'âge pré-scolaire. Elles sont par contre totalement incompatible avec une politique de progrès social. Elles contribuent à entretenir et même à aggraver une mentalité détestable d'assistés passifs, avec les conséquences morales et évolutives que cela entraîne. Aucune action éducative n'est possible à partir de ces aliments empaquetés de façon industrielle. Ces dons de lait concentré sucré et sec demi-écrémé ont eu pour conséquence avec l'aide de la publicité constante sur les ondes de l'O.R.T.F., la disparition presque totale de l'allaitement maternel dans la zone côtière.

Les mères de toute façon n'écoutent pas les conseils du médecin de P.M.I. Elles considèrent ce dernier comme un sous-médecin, incapable de soigner une rhino-pharyngite ou une gale. A quoi bon consulter un médecin qui adresse systématiquement ses malades à un autre confrère ?

Les familles viennent aux consultations de P.M.I. pour chercher leur lait. Elles subissent les vaccinations. Le reste ne les intéresse pas.

La P.M.I. se borne à être un organisme vaccinateur. Ce rôle certes n'est pas négligeable. Mais une telle structure, tant de moyens, tant de médecins sont bien mal utilisés.

On ne peut que déplorer la transplantation pure et simple du système médico-social métropolitain dans le contexte social de la Réunion.

Protection Maternelle et Infantile devrait signifier : prophylaxie de tous les facteurs d'agression contre un équilibre physiologique et psychologique qu'il est convenu d'appeler santé, tant de la mère que de l'enfant.

Ces facteurs sont :

- nutritionnels,
- hygiéniques,
- biologiques,
- morbides.

Le service de la P.M.I. peut agir sur les deux premiers facteurs grâce à l'éducation sanitaire. Pour cela, il serait nécessaire de stimuler l'esprit d'initiative des parents et d'abandonner les méthodes d'assistance. Les dons alimentaires ne devraient en aucune manière être systématiques. Il faudrait les réserver à quelques cas particuliers. Les aliments industriels devraient avoir la valeur de médicaments et non de nourriture quotidienne.

Une grande campagne en faveur de l'allaitement maternel devrait être organisée. Nous avons personnellement entrepris une propagande sur les ondes de l'O.R.T.F. au cours de l'émission hebdomadaire de l'Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale : "Courrier Médical". Tous les médecins, toutes les sages-femmes et puéricultrices devraient être convaincus de la supériorité de la méthode naturelle. Ils devraient être informés des problèmes sanitaires du

sous-développement en général et de la Réunion en particulier. Trop de médecins comme nous-même, trop d'auxiliaires médicaux quittent le département après une expérience de deux ans. Ils partent lorsqu'ils commencent à saisir la complexité des problèmes locaux et au moment où ils pourraient être pleinement utiles.

Le facteur biologique concerne la mère. Cette dernière doit être protégée contre la multiplicité des grossesses qui épuisent progressivement son organisme et aboutit à la mise au monde d'enfants dysmatures. La P.M.I. devrait s'orienter vers le contrôle de la natalité. Les médecins seraient de véritables conseillers familiaux. Ils participeraient à la régulation des naissances et à la diffusion des méthodes contraceptives. Ils devraient aussi pouvoir réaliser une surveillance effective des grossesses.

Les maternités devraient être considérablement développées et équipées. L'accouchement en maternité devrait progressivement être rendu obligatoire. Les forfaits d'accouchement à domicile ne seraient plus remboursés par les organismes sociaux. Au cours de leur séjour hospitalier, les mamans apprendraient à donner les soins à leur bébé.

Le facteur morbide est plus particulièrement celui de l'enfant. Outre la réalisation correcte du calendrier de vaccinations, y compris le B.C.G., avant six ans, la P.M.I. devrait se diriger vers une activité diagnostique réelle, et avoir une certaine action thérapeutique.

Les médecins devraient disposer des moyens nécessaires pour assurer pleinement leur fonction et réaliser des actes médicaux qui ne se limitent pas à de simples formalités. Ils devraient pouvoir collaborer étroitement avec un laboratoire de biologie et un service de radiologie valables ou avec des dispensaires publics sérieux. La liberté de prescription d'examens devrait leur être accordée. Les consultations de P.M.I. seraient de véritables consultations médicales.

Les dispensaires de P.M.I. devraient se transformer en centres de soins. Les médecins devraient pouvoir traiter toutes les affections banales, comme les rhino-pharyngites, otites et infections pulmonaires simples. Il semble nécessaire qu'ils assurent avec le personnel infirmier le traitement et la surveillance des dermatoses. Ce n'est pas en distribuant ordonnances et médicaments que l'on enraye une épidémie de gale. Il faut montrer aux parents la façon de laver les enfants et de passer les produits anti-parasitaires. En ayant une certaine action curative, la P.M.I. n'entre pas forcément en concurrence directe avec les praticiens libéraux, en nombre insuffisant d'ailleurs à la Réunion. Elle peut au contraire réaliser un travail de soins qui n'est jamais fait au cabinet médical. C'est à l'occasion de ces soins que médecins et auxiliaires médicaux peuvent dispenser l'éducation sanitaire la plus profitable.

En revalorisant l'exercice et les fonctions du personnel de la P.M.I. et en particulier du médecin, on ne peut qu'accroître l'influence et le rôle de cet organisme.

En 1971, le total approximatif des dépenses de santé de la Réunion se situe aux environs de 27 milliards de francs CFA. La valeur des marchandises de l'île, exportées au cours de la même année, était de 12 milliards de francs CFA.

La politique sanitaire du département est absolument ruineuse. Elle doit être d'urgence modifiée et adaptée au contexte insulaire.

Le Président de la Thèse

Professeur P. MONNET

Vu et Permis d'Imprimer
LYON, le 6 mars 1974

Le Premier Vice-Président de l'Université
CLAUDE-BERNARD

Professeur R. TOURAINE

Le Directeur de l'U.E.R. LYON-NORD

Professeur J.P. GARIN

BIBLIOGRAPHIE

I - OUVRAGES CONCERNANT LES ASPECTS HISTORIQUES, GEOGRAPHIQUES, SOCIO-ECONOMIQUES ET POLITIQUES DE LA REUNION.

BERGEROUX (N.J.)
La Réunion à redécouvrir.
Journal "Le Monde" du 10 et 11 août 1973.

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE L'AGRICULTURE DE LA REUNION
Recensement général de l'agriculture (avril 70, avril 71)
Texte dactylographié.

INSEE - Service Départemental de la Réunion.
Résultats statistiques du recensement général de la population des départements d'outre-mer effectué le 16 octobre 1967.
INSEE, 29, quai Branly - PARIS 7ème.

Statistiques des mouvements de voyageurs en 1971.
Tendances démographiques dans le département de la Réunion.
Bulletin de statistiques du service départemental de l'INSEE supplément au n° 31.
INSEE, 29, rue Jules Auber - 97400 Saint Denis.

LAVAUX (C.)
La Réunion : Du battant des lames au sommet des montagnes.
CIBLE - PARIS - Catherine LAVAUX Editeur.

LELOUTRE (J.C.)
Le Réunion, département français.
Cahiers libres, n° 134.
MASPERO Editeur.

MINATCHY (A.)
Structures foncières de la Réunion.
Les Cahiers de la Réunion et de l'Océan Indien, n° 1
novembre-décembre 1972, 117, rue Sainte Marie 97400 Saint Denis.

RAMASSAMY (A.)
La Réunion face à l'avenir, 1973
Imprimerie Cazal, rue Alexis de Villeneuve 97400 Saint Denis.

ROSSED (A.)
Les premiers colons de l'Île Bourbon.
Editions du Cerf-Volant - PARIS.

SECRETARIAT POUR LES AFFAIRES ECONOMIQUES, documentation et études.
Département de la Réunion, statistiques et indicateur économique 1971.
Réunion offset imprimerie, 4, rue Jules Auber 97400 Saint Denis.

SECRETARIAT SOCIAL DE LA REUNION
Problèmes sociaux de la Réunion.
Texte polycopié de 85 pages - 1963.

VAILLANT (R.)
La Réunion.
Editions Rencontres.

II - OUVRAGES CONCERNANT LES ASPECTS MEDICAUX ET SANITAIRES DE LA REUNION, ET LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE.

AUJOULAT (L.P.)
L'éducation pour la santé : peut-on en évaluer la rentabilité ?
Revue Internationale d'Education pour la Santé XVI, n° 1 (1973)

BECHAC (J.P.)
Hygiène du milieu dans le département de la Réunion - 1973
Texte polycopié de 20 pages.
Ecole de la Santé Publique - RENNES.

BERTHET (E.)
Développement socio-économique et planification familiale.
Revue Internationale d'éducation pour la santé - supplément XVI, n° 1 - 1973.
Introduction à l'étude des problèmes relatifs à la protection de l'enfance et de l'adolescence.
Centre International de l'Enfance - 1968.

BOYER-VIDAL (A.)
L'épilepsie à la Réunion.
Thèse de Médecine, PARIS - 1972.

BOYER-VIDAL (N.)
Aspects de l'épilepsie à la Réunion.
Thèse de Médecine, PARIS - 1972.

CARRET (J.)
La santé, les réalisations.
Les Cahiers de la Réunion et de l'Océan Indien, n° 2, mars-avril 1973, pages 55 à 71.

COHEN (G.)
Contribution à l'étude des problèmes démographiques à l'île de la Réunion.
Thèse de Médecine, PARIS, 1971.

DAROU (M.), D'AUBIGNE (H.), MATHIAS (J.B.), MAURY (J.) et VIRON (H.)
Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires Sociales, à la suite de la mission effectuée pour l'étude des divers problèmes d'ordre social et sanitaire qui se posent à la Réunion.
Sénat, n° 165, 1973.

DESANTI (E.)
Médecine Sociale.
Presses Universitaires de France.

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DE LA REUNION.
Rapports annuels 1967, 68, 69, 70, 71, 72.

DUPIN (H.)
Aperçu sur les problèmes alimentaires et nutritionnels dans l'île de la Réunion et l'île Maurice.
Alimentation et Nutrition IV, n° 2, avril-juin 1969, pages 26 à 33.

DUPUIS (J.P.)
La protection maternelle et infantile à la Réunion.
Thèse de Médecine, BORDEAUX - 1969.

DURIEUX (G.)
Nécessité d'une médecine préventive et sociale à la Réunion.
Non encore publié (1973).

GASCUEL (C.)
Aperçu sur les diarrhées infantiles à la Réunion.
Texte dactylographié de 5 pages - 1968.

GILBERT (B.)
Rapport de mission sur les problèmes sanitaires liés aux parasitoses dans le département de la Réunion.
Texte polycopié de 15 pages.
Ecole de la Santé Publique - RENNES, 1971.

IMBERT (J.C.)
L'Ascaridiose.
La Revue du Praticien, tome XX, n° 1, 1970, pages 75 à 80.

JAY (M.)
L'alcoolisme à la Réunion.
Fascicule de 26 pages.
Comité Départemental de Lutte contre l'Alcoolisme de la Réunion.

JOLLES (S.)
Etude hémo-anthropologique d'un isolat : l'Ilet Cimandal (Cirque de Mafate, Ile de la Réunion)
Thèse de Médecine, PARIS - 1971.

JOURDAIN (R.)
Problèmes nutritionnels chez l'enfant à la Réunion.
Thèse de Médecine, PARIS - 1973.

LARIVIERE (M.)
Rapport de mission sur les parasitoses intestinales dans l'île de la Réunion.
Texte polycopié de 15 pages - 1969.

LARIVIERE (M.), RAIMBAULT (A.M.) et GILBERT (B.)
La lutte contre les parasitoses entériques : problème de santé publique.
L'enfant en milieu tropical, n° 80, 1972.

LEROY-TERQUEM (M.F.)
L'éducation sanitaire et sociale à la Réunion.
(non encore publié) (1973).

MANCIAUX (M.)
Introduction à la pédiatrie préventive et sociale.
FLAMMARION, 1971.

MANCIAUX (M.), MANDE (R.), MASSE (N.)
Pédiatrie Sociale.
FLAMMARION, 1972.

MARTINEZ (P.)
Situation sanitaire et sociale à la Réunion.
(Document non publié, destiné à l'atlas des départements d'outre-mer) (1973)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Organisation et administration des services de Protection Maternelle et Infantile.

Rapport sur un séminaire : BRAZZAVILLE 10-21 novembre 1969.
Hors commerce, distribué par le bureau régional de l'Afrique OMS BRAZZAVILLE.

Cinquième rapport du comité d'experts de l'hygiène de la maternité et de l'enfance, 1969.
OMS, Série de rapports techniques, n° 428 - GENEVE.

Prévention de la mortalité et de la morbidité périnatales.
Rapport d'un comité d'experts, 1970.
OMS, Série de rapports techniques, n° 457 -GENEVE.

OZOUX (J.M.)
Les caractéristiques du marché médical privé à la Réunion.
Hors commerce, texte polycopié de 39 pages, 1973.
Caisse Régionale de Crédit Agricole Mutuel de la Réunion.

ORSINI (D.J.)
L'équipement sanitaire et social des collectivités locales à la Réunion.
Thèse de doctorat troisième cycle.
Collection des travaux du centre universitaire de la Réunion, 1973.

PAYET (G.)
Maladies infectieuses chez l'enfant à la Réunion (étude sur 10 ans)
Texte dactylographié.

PICOT (H.)
Rapport d'activité du laboratoire départemental d'Epidémiologie et d'Hygiène du milieu 1973 ; rue Jean Chatel 97400 Saint Denis.

RAIMBAULT (A.M.)
Prévention de la malnutrition.
L'enfant en milieu tropical, n° 81, 1972 p. 21 à 32.

RICHER (G.)
Etude socio-économique de la tuberculose à la Réunion.
Thèse de Médecine, PARIS, 1972.

SATGE (P.), MATTEI (J.F.), VUYLSTEKE (J.)
Education nutritionnelle dans les centres de Protection Maternelle et Infantile.
L'enfant en milieu tropical, n° 70, pages 20 à 23, 1971.

SENECAL (J.)
La malnutrition protéino-calorique ou marasme kwashiorkor.
L'enfant en milieu tropical, n° 81, pages 3 à 14, 1972.

Problèmes actuels de la pédiatrie dans les pays en voie de développement.
L'enfant en milieu tropical, n° 52 et 53, pages 3 à 13, 1968.

TURQUET (M.)
Education sanitaire à la Réunion.
Rapport d'activité de l'Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale. 1973.

TURQUET (M.) et TURQUET (O.)
Parasitoses intestinales à la Réunion.
Communication pour la mission du C.I.E. (1968).

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA REUNION 1

- Géographie : 3
  . Situation 3
  . Topographie 3
  . Climats 4
  . Carte géographique 6

- Histoire et peuplement 7

- La démographie 11

- L'économie 17

- La société 23

DEUXIEME PARTIE : LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE 27

- Objectifs de la P.M.I. et organisation du service en France 29

- Rapide historique de la P.M.I. à la Réunion et son organisation actuelle 31
  . Personnel médical et paramédical employé en 1972 32
  . Répartition des dispensaires 32
  . Répartition du personnel et des dispensaires selon les secteurs. 33
  . Le budget 37

TROISIEME PARTIE : LES CONDITIONS DE VIE, LES PROBLEMES ECONOMIQUES, SOCIAUX ET FAMILIAUX DE LA POPULATION A LAQUELLE S'ADRESSE LA P.M.I. 39

- Introduction 41

- Le chômage 41

- Les revenus des familles : 43

. Les salaires 43
. Les prestations familiales 44
. Les revenus 46
. Les prix 47

- L'habitat, les conditions d'hygiène et de vie .. 48

. Le logement 48
. L'eau 50
. Les sanitaires 52
. La cuisine 52
. L'électricité. 53

- Les structures familiales 55

- L'alcoolisme et la délinquance 59

- Le niveau culturel de la population 63

- Quelques exemples de familles 65

QUATRIEME PARTIE : LA PROTECTION DE LA MERE 69

- La mortalité périnatale 71

- Pathologie de la grossesse et pathologie néo-natale particulières à la Réunion 73

- Valeur des examens prénataux effectués chez le praticien 77

- L'accouchement à domicile 79

- L'équipement sanitaire en obstétrique 83

- L'action de la P.M.I. 85

CINQUIEME PARTIE : LA PROTECTION INFANTILE 89

- La mortalité infantile 91

- L'allaitement 95

- Les farines 103

- L'alimentation 105

- La malnutrition et les maladies de carence 111

- Les parasitoses entérales 115

- La gale et les dermatoses 123

- Les vaccinations : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique, anticoquelucheuse, antivariolique .. 125

- Le B.C.G. et les problèmes du dépistage de la tuberculose 131

- L'équipement sanitaire en pédiatrie 137

SIXIEME PARTIE : ETUDE CRITIQUE DU SERVICE DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE 139

- Bilan d'activité : fréquentation des consultations de nourrissons et d'enfants 141

- Problèmes de fonctionnement 145

- Les conditions de travail. Caractéristiques des dispensaires dans lesquels nous avons travaillé . 147

- Problèmes culturels 155

CONCLUSION : LIMITES D'ACTION DE LA P.M.I. DANS SON CADRE ET SES STATUTS ACTUELS 159

BIBLIOGRAPHIE 163

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 2 - Tél. (78) 74-33-47

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 2 - Tél. (78) 74-33-47